

ESPACE JEUNESSE

DOSSIER D'INSCRIPTION 2026-2027

JEUNE

Nom		Prénom	
Né(e) le		Sexe	
Adresse			
Code Postal		Ville	
Classe		École	

PARENT 1

Nom/Prénom	
Profession	
Tel portable	
Tél domicile	
Email	
N° Sécurité sociale	
Centre	

PARENT 2

Nom/Prénom	
Profession	
Tel portable	
Tél domicile	
Email	
N° Sécurité sociale	
Centre	

La structure Guy de Maupassant se situe au 102 quai de Seine
 La structure Jacqueline Auriol se situe 51 avenue du Général de Gaulle

ACCOMPAGNEMENT SCOLAIRE

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi (2 JOURS AU CHOIX) de 16h30 à 19h

TARIF : 90 euros l'année ou 30 euros par trimestre

Lieu : Guy de Maupassant

LES ACTIVITÉS DU MERCREDI (3 POSSIBILITÉS)

☐ Mercredi de 14h à 19h	TARIF : 3 euros la demi-journée	Lieu : Guy de Maupassant
☐ Mercredi de 13h30 à 19h	TARIF : 3 euros la demi-journée	Lieu : Jacqueline Auriol
☐ Mercredi de 12h à 19h avec repas	TARIF : 8 euros la demi-journée	Lieu : Jacqueline Auriol

VACANCES SCOLAIRES

☐ Inscription obligatoire sur le formulaire de réservation ou le portail famille.

SOIRÉES À THÈME ET SORTIES

☐ Soirées à thème un vendredi tous les 2 mois de 18h30 à 22h

TARIF : 2 euros par soirée - Lieu : Guy de Maupassant

☐ Carte sorties de 10 cases (le nombre de cases utilisées dépend de la sortie)

TARIF : 15 euros

AUTORISATIONS PARENTALES

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par Sartrouville Animation ☐ OUI ☐ NON

Important : la prise en charge par Sartrouville Animation de mon enfant est réalisée au moment où débute l'activité. De même Sartrouville Animation n'est plus responsable de mon enfant dès la fin de l'activité.

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les sorties et déplacements organisés par Sartrouville Animation ☐ OUI ☐ NON
- J'autorise Sartrouville Animation à prendre des photos de mon enfant et à les utiliser librement sur nos supports de communications internes et ceux de la Ville de Sartrouville (réseaux sociaux, site internet, affichage interne, expositions, ...) afin de valoriser les activités auxquelles mon enfant a participé ☐ OUI ☐ NON

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance du règlement de fonctionnement, m'engage à le respecter sans réserve et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche.

Fait à Sartrouville, le :

Signature obligatoire du responsable légal :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SELON LE CERFA N°10008*02 DU MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

JEUNE

Nom Prénom
Né(e) le Sexe

VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates
DT polio	☐	☐		Coqueluche*	☐	☐	
Haemophilus influenzae b (Hib)*	☐	☐		Hépatite B*	☐	☐	
Pneumocoque*	☐	☐		Rubéole-Oreillons-Rougeole*	☐	☐	
Méningocoque C*	☐	☐		Autres (préciser) 	☐	☐	

*Vaccinations obligatoires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Maladies

Précisez ci-dessous les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

- L'enfant mentionné sur cette fiche est apte à la **pratique d'activités physiques** : ☐ Oui ☐ Non

Médecin traitant

Nom Tél

Traitement médical

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant l'accueil ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

- **Allergies :** Alimentaires ☐ Oui ☐ Non
 Médicamenteuses ☐ Oui ☐ Non

Asthme / autres (animaux, plantes, pollen) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

• **Autres**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, des prothèse auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez ci-dessous :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un régime alimentaire spécifique sans porc ?

☐ Oui ☐ Non

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné(e), , responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :