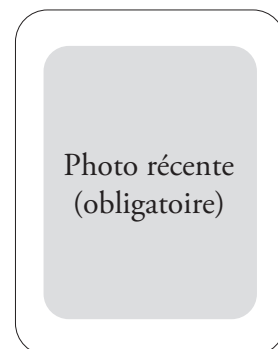


## DOSSIER D'INSCRIPTION CHANTIER JEUNES

**Nom :** .....  
**Prénom :** .....  
**Sexe :**  M  F Date de naissance : ..... /...../.....  
Adresse complète de résidence : .....  
.....  
.....  
Frères et sœurs (nom, prénom) : .....  
.....



**Situation de famille :**  marié  pacsé  union maritale  célibataire  séparé  divorcé  veuf  
*Si divorcé ou séparé : fournir un exemplaire complet de la dernière décision de justice concernant l'enfant*

<b>Responsable légal 1</b> Lien de parenté : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur	<b>Responsable légal 2</b> Lien de parenté : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ..... /...../..... Adresse complète de résidence (si différente de l'enfant) : ..... ..... Tél domicile : ..... Tél mobile : ..... Tél professionnel : .....	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ..... /...../..... Adresse complète de résidence (si différente de l'enfant) : ..... ..... Tél domicile : ..... Tél mobile : ..... Tél professionnel : .....

**Régime professionnel du payeur principal :**  Général  Agricole

**Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon enfant et à être prévenues en cas d'urgence si les responsables légaux restent injoignables : NOM, prénom, lien de parenté (grands-parents, oncle, amis, voisins...) :**

1. .... Tél : .....
2. .... Tél : .....
3. .... Tél : .....
4. .... Tél : .....
5. .... Tél : .....
6. .... Tél : .....

## FICHE DE LIAISON SANITAIRE

### MÉDECIN TRAITANT

Nom : .....

Tél : .....

### ALIMENTATION

Allergies : .....

Remarques : .....

### ASSURANCE

Nom : .....

N° de Police : .....

Date d'échéance : .....

**À jour des vaccins suivants : antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique**

*Copie du carnet de santé à fournir*

### EN CAS DE PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUE

Nom du médecin spécialiste : .....

Centre hospitalier spécifique : .....

### PROBLÈMES DE SANTÉ PARTICULIERS

(allergies, asthme, épilepsie, traitement, ...)

## AUTORISATIONS PARENTALES

***J'autorise mon enfant à recevoir des soins d'urgence et / ou à être hospitalisé.*** \*

***Je m'engage à informer la ville de Saint-Maximin-la-Sainte-Baume de toute modification de ces renseignements.*** \*

*\* Autorisations obligatoires pour accueillir l'enfant*

J'autorise la ville de Saint-Maximin-la-Sainte-Baume à utiliser, dans le but de promouvoir les activités, les photos et/ou films de mon enfant qui pourraient être réalisés lors des différentes activités auxquelles il participe :

Oui  Non

J'autorise mon enfant à quitter seul le lieu des activités jeunesse hors temps scolaires :

Oui  Non

### DOCUMENTS À FOURNIR

Vaccinations (copie du carnet de santé à fournir obligatoirement)

Carte vitale + attestation de droits à l'assurance maladie

Si parents divorcés ou séparés : fournir un exemplaire complet de la dernière décision de justice concernant l'enfant

Nom et prénom du responsable légal : .....

*(date et signature précédées de la mention 'lu et approuvé')*