

# FICHE D'INSCRIPTION

## Secteur Jeunes

### Année 2026 / 2027

École Foch, 6 avenue du Maréchal Foch 78120 Rambouillet  
secteur.jeunes@rambouillet.fr 01 75 03 43 29



#### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Carte loisirs : ☐ RBT 13.90 € / ☐ EXT 17.56 €

JEUNE : Nom : ..... Prénom : .....

Né (e) le : ..... / ..... / ..... à : ..... Sexe : ☐ F ☐ G

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone portable du jeune : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Etablissement scolaire : .....

#### Représentant légal 1 :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Situation familiale : .....

Adresse : .....

Courriel : .....

Tél portable : .....

Profession : .....

Employeur : .....

#### Représentant légal 2 :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Situation familiale : .....

Adresse : .....

Courriel : .....

Tél portable : .....

Profession : .....

Employeur : .....

#### PERSONNES A PREVENIR AUTRES QUE LES PARENTS :

Nom : ..... Lien : ..... Tél : .....

Nom : ..... Lien : ..... Tél : .....

#### AUTORISATION DE SORTIE :

J'autorise mon enfant à quitter l'accueil de loisirs seul :

☐ Oui quand il le souhaite

☐ Oui avec la navette (petites vacances seulement)

☐ Oui à partir de .....h

☐ Non

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher votre enfant :

.....

#### RESPONSABLE LÉGAL ET PAYEUR DES FACTURES :

Nom : ..... Prénom : .....

Courriel : .....@.....

Numéro d'allocataire CAF des Yvelines pour les séjours : ..... (Permet l'accès aux aides de la CAF)

➤ Les factures sont envoyées par courriel.

Signature du responsable :

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse.

### 1- VACCINATION (ou copie carnet de santé)

| VACCINS OBLIGATOIRES<br>Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite<br>Coqueluche – Haemophilus | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|
| Nom du vaccin : .....<br>Date du dernier rappel : .....                                | BCG                        |       |
|                                                                                        | Hépatite B                 |       |
|                                                                                        | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
|                                                                                        | Pneumocoque                |       |
|                                                                                        | Autres (Préciser) : .....  |       |

### 2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

#### -L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

|                             |                                                           |            |                                                           |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------|
| Rubéole                     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Scarlatine | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Varicelle                   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Otite      | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Angine                      | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Rougeole   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Oreillons  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Coqueluche                  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |            |                                                           |

RÉGIME ALIMENTAIRE : .....

PAI (Projet d'accueil individualisé) : ☐ Oui ☐ Non Si oui, fournir **OBLIGATOIREMENT** le protocole et les soins à apporter

Quel type de PAI : ☐ Asthme ☐ Alimentaire ☐ autre (précisez) .....

ALLERGIES :  
Alimentaires ☐ Oui ☐ Non  
Médicamenteuses ☐ Oui ☐ Non  
Autres (animaux, plantes, pollens) ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez .....

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? ☐ Oui ☐ Non

.....

#### -Si séjour :

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Précisez : .....

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

### 3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : (Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne)

.....

.....

Je soussigné (e) ....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Par ce document, j'autorise le Secteur jeunes à véhiculer mon enfant par le biais des mini bus de la ville pour les sorties et activités.

J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Fait à ..... Le ..... / ..... / .....

Signature :