



# SERVICE JEUNESSE

## Dossier d'adhésion 2018

### INFORMATIONS CONCERNANT L'ADHERENT(E)

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  M  F

Date de naissance :     /     /     Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....  
(Cette adresse sera utilisée pour la facturation des activités)

Téléphone personnel de l'adhérent(e) :     /     /     /     /     (facultatif)

Mail personnel de l'adhérent(e): ..... (facultatif)

Numéro de sécurité sociale : .....

Numéro :  de l'adhérent(e)     du père     de la mère

Régime Allocataire :  CAF     MSA     Autre, précisez : .....

Numéro allocataire : .....

Numéro :  de l'adhérent(e)     du père     de la mère

### INFORMATIONS CONCERNANT LA FAMILLE

Situation familiale :     célibataire     marié(e)/pacsé(e)     veuf(ve)     séparé(e)

#### Père

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

☎ domicile :     /     /     /     /

☎ portable :     /     /     /     /

☎ travail :     /     /     /     /

Adresse mail : .....

Autorité parentale du père :  oui                       non

#### Mère

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

☎ domicile :     /     /     /     /

☎ portable :     /     /     /     /

☎ travail :     /     /     /     /

Adresse mail : .....

Autorité parentale de la mère :  oui                       non

## Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles concernant l'adhérent. Merci de la remplir dans son intégralité.

**1- Vaccinations:**

*(Se référer au carnet de santé ou de vaccination de l'adhérent)*

Nom	Oui	Non	Date dernier rappel
BCG			
Coqueluche			
DTP ou Tétracoq			
Hépatite B			
ROR			
Autres :			

**2- Renseignements médicaux :**

L'adhérent suit-il un traitement médical ?  oui     non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'adhérent, avec la notice. **AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.**

L'adhérent a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
Oui									
Non									

Allergies :

Asthme :  oui     non

Médicamenteuse :  oui     non

Alimentaire :  oui     non

Autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'adhérent a-t-il des difficultés de santé ? (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...)     oui     non

Si oui, précisez les dates et/ou les précautions à prendre :

.....  
.....  
.....  
.....

3- Recommandations utiles

L'adhérent porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives des prothèses dentaires, ... ?

oui     non

Si oui, précisez : .....

.....  
.....

- Médecin traitant :

Nom : .....ville : .....

Téléphone du médecin traitant :     /     /     /     /

**TOURNEZ SVP** ↩

## Autorisations

Je, soussigné(e) .....

adhérent (si majeur)

père     mère     représentant légal de l'enfant .....

- Autorise le Service Jeunesse de la Communauté de Communes Saint-Méen-Montauban à utiliser l'image de mon enfant / mon image (pour les adhérents majeurs) à titre gratuit pour la promotion des actions du service :

Oui     Non

*Nous vous informons que l'image de votre enfant sera utilisée uniquement sur les supports suivants : Site internet du service, Presse locale, Facebook, Expositions et autres publications de la Communauté de Communes.*

- Certifie exacts les renseignements portés sur le dossier d'adhésion et sur la fiche sanitaire de liaison
- Autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale et m'engage à rembourser les dépenses engagées par la structure dans le cadre de cette urgence.
- Déclare avoir pris connaissance du contenu du règlement intérieur du Service Jeunesse et en accepter les modalités dans son intégralité

Fait à : ..... Le : .....

Signature :