



DOSSIER D'INSCRIPTION

Andrésy Jeunesse

Année 2009/2010

Nom :

Prénom :

Cadre réservé à Andrésy Jeunesse

Dossier enregistré

Dossier archivé



DIRECTION DES SPORTS,
DE LA JEUNESSE ET DE
LA VIE ASSOCIATIVE

Andrésy Jeunesse

Erwan GUILLOTIN

Hicham SALEK

Tél : 01.39 74 77 51

Télécopie : 01.39.70.65.67

jeunesse@andresy.com

FICHE D'ADHESION 2009/2010

Nom : Prénom :

NOM des parents si différent :

Date de naissance :/...../..... Age :

Adresse :

.....

Téléphone fixe :

Portable du jeune :

Email du jeune :

Mère : Père :

Portable : Portable :

Email : Email :

Profession : Profession :

Tel professionnel : Tel professionnel :

Adhésion : Date :

Montant : **7.20 euros** valable du 01/09/09 au 31/08/10

Paiement par : Chèque à l'ordre du Trésor Public

Espèce

Je soussigné(e).....père, mère, tuteur légal
(rayer la mention inutile) autorise mon fils, ma fille à
participer aux activités «d'Andrésy jeunesse».

Ce service s'adresse aux jeunes de 11 à 17 ans de la ville d'Andrésy. Les jeunes
sont sous la responsabilité des animateurs lorsqu'ils se trouvent dans l'enceinte du
service jeunesse ou en sortie. Ils peuvent cependant rejoindre librement leur domicile.

En cas d'accident de mon enfant, j'autorise les animateurs d'Andrésy Jeunesse à
engager les procédures qu'ils jugeront nécessaires.

J'autorise les animateurs à prendre mon enfant en photo et à les diffuser
uniquement sur les supports de communication de la ville d'Andrésy.

Signature des parents

Brevet de natation (indispensable pour les activités nautiques)

ANDRESY JEUNESSE

57 avenue des Robaresses
78570 Andrésy

Téléphone

01 39 74 77 51

Télécopie

01.39.70.65.67

jeunesse@andresy.com

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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