

# FICHE D'INSCRIPTION

SERVICE JEUNESSE  
MAYENNE COMMUNAUTÉ

ANNÉE  
2024



Inscriptions, facturation, paiement en ligne, actualités scolaires et périscolaires...  
vos démarches administratives en un clic, plus simples et plus rapides, 24h/24/ et 7 jours sur 7

## LE JEUNE

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le ..... à .....

Téléphone du jeune : .....

Garçon      Fille      Classe scolaire à la rentrée de septembre 2023 :    6<sup>e</sup>    5<sup>e</sup>    4<sup>e</sup>    3<sup>e</sup>    Lycée



## REPRÉSENTANT 1

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Tél. portable      Tél. fixe      Tél. professionnel  
.....

@ e-mail : .....

Autorité parentale :    oui                      non

## REPRÉSENTANT 2

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Tél. portable      Tél. fixe      Tél. professionnel  
.....

@ e-mail : .....

Autorité parentale :    oui                      non

## PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER LE JEUNE ET/OU À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (AUTRES QUE PARENTS)

Nom : ..... Prénom : ..... Tel : .....

Prévenir si  
urgence | Récupérer  
le jeune

Nom : ..... Prénom : ..... Tel : .....

Prévenir si  
urgence | Récupérer  
le jeune

Nom : ..... Prénom : ..... Tel : .....

Prévenir si  
urgence | Récupérer  
le jeune

Nom : ..... Prénom : ..... Tel : .....

Prévenir si  
urgence | Récupérer  
le jeune

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom du médecin traitant : ..... Tél. : .....

J'autorise le directeur à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident sur le temps d'accueil (premiers soins, médecins, secours, hospitalisation)    oui                  non

**ATTENTION : l'équipe peut administrer un traitement uniquement si elle est en possession d'une ordonnance. En cas de traitement, les médicaments doivent impérativement être donnés à l'équipe d'animation.**

**Liste des vaccinations obligatoires : Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite. Merci de nous fournir la copie du carnet de vaccination**

Votre enfant a-t-il ? :    Un régime alimentaire : .....  
Des allergies : .....  
PAI : .....  
Une reconnaissance ou en cours d'une reconnaissance de la MDPH  
(Maison Départementale pour les Personnes Handicapées)

Merci de porter à notre connaissance toutes les informations importantes concernant la santé mentale et physique de votre enfant :

.....  
.....

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) ..... autorise mon enfant ou le service :

### AUTONOMIE

. À être en groupe et sans adulte dans le cadre défini par le service (grands jeux, temps libres, sorties)    Oui ;    Non

. À rentrer sans adulte autorisé ou seul de l'activité    Oui ;    Non

### DROIT À L'IMAGE

. À diffuser une photo ou une vidéo de mon enfant sur les supports de communication de la ville de Mayenne et/ou de Mayenne Communauté (journaux, sites internet, réseaux sociaux de la ville de Mayenne)    Oui ;    Non

### TRANSPORT

. À être transporté en minibus conduit par les animateurs    Oui ;    Non

### COMMUNICATION

. Recevoir mes factures en version dématérialisée sur mon Espace Famille    Oui ;    Non

. À diffuser le nom de mon enfant sur la liste des inscrits pour faciliter le co-voiturage    Oui ;    Non

### ESPACE JEUNES DE LASSAY-LES -CHÂTEAUX

. À entrer et sortir librement du local (le service ne peut être tenu pour responsable du jeune en dehors du local)  
Oui ;    Non

## RÈGLEMENT INTÉRIEUR

J'ai lu et j'approuve le règlement intérieur du service jeunesse de Mayenne Communauté. Je certifie exactes toutes les informations mentionnées sur cette fiche d'inscription et m'engage à informer par écrit le directeur du service de toute modification.    Oui ;    Non

Fait à : ..... Le : .....

Nom, prénom et signature des responsables légaux :

## DOCUMENT À RETOURNER OBLIGATOIREMENT AFIN DE VALIDER L'INSCRIPTION

Une copie des vaccins

Un justificatif de domicile de moins de 3 mois

Une attestation du quotient familial