Je soussigné (é), ……

- J'atteste que tous les renseignements fournis lors de l'inscription aux activités de mon enfant sont exacts.
- Je certifie que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires en collectivités.
- Je m'engage à notifier toute modification des données concernant mon enfant auprès du service municipal de jeunesse.
- J'autorise les services municipaux, les responsables des activités de la ville à prendre pour mon enfant toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence
- En accord avec l'article 372-2 du code civil, à l'égard « des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant »

Date : Signature :

Droits à l'image

Je soussigné(e),
……

Responsable légal du jeune, accepte sans réserve la diffusion des images ou enregistrements réalisés dans le cadre des activités du Service Jeunesse sur lesquels il apparaît :

- Sur les réseaux sociaux de la ville : □ Oui □ Non
- Sur les supports papiers/numériques de la ville : □ Oui □ Non
- Sur l'affichage de la structure : □ Oui □ Non

Date : Signature :

TRANCHES	QF CAF		TAUX D'EFFORT	QF
A	1	297,99	11%	
B	298	412,99	19%	
C	413	715,99	26%	
D	716	1084,99	28%	
E	1085	1309,99	36%	
F	1310	1649,99	39%	
G	1650	1870,99	47%	
H	1871	Sans QF	54%	
I	HORS COMMUNE		100%	

ARPAJON
Cœur de vie

PHOTO

NOM : _____

PRENOM : _____

SERVICE MUNICIPAL DE LA JEUNESSE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
Année scolaire 2026/2027
Valable jusqu'au 31 août 2027

Cadre réservé à l'équipe d'animation

A joindre à la fiche sanitaire de liaison :

☐ Cotisation (5€) en espèce ou chèque à l'ordre du « Trésor Public »

☐ Copies des vaccins ☐ Dossier PAI à joindre

☐ Attestation de quotient familial

Service Municipal de la Jeunesse
3, rue Marcel Duhamel
91290 ARPAJON

LE JEUNE : ☐ GARÇON ☐ FILLE

NOM : _____

PRENOM : _____

TELEPHONE PORTABLE (du jeune) : _____

E-MAIL : _____

NE(E) LE : _____ A : _____

Si allergies, problèmes de santé nécessitant une attention particulière et/ou des prises de traitement, veuillez remplir un dossier PAI (Projet d'Accueil Individualisé) à joindre au dossier d'inscription.

- **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENFANT**

- **Votre enfant a-t-il des problèmes de santé nécessitant une attention particulière ?** ☐ Oui ☐ Non

- **Votre enfant prend-t-il un traitement médicamenteux ?** ☐ Oui ☐ Non

- **Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux à connaitre ?** ☐ Oui ☐ Non Si oui, lesquels :

- **Y a-t-il des contres indications médicales à connaitre concernant votre enfant ?** ☐ Oui ☐ Non Si oui, lesquelles :

- **Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ?** ☐ Oui ☐ Non Si oui lequel précisez :

- **RESPONSABLE(S) DU JEUNE**

Mail des responsables _____

	Responsable légal 1	**Responsable légal 2**	**Autre personne à prévenir en cas d'urgence**
Nom, Prénom + Statut			
Adresse			
Téléphone			
Portable			

Les informations recueillies sur cette fiche sanitaire de liaison sont enregistrées dans un fichier informatisé par : le Service Municipal de la Jeunesse dans le but de gérer l'accueil de votre enfant aux activités périscolaires et extrascolaires. Elles sont conservées pendant un an et sont destinées au service jeunesse de la ville d'Arpajon. Conformément à la loi « RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant la direction du service jeunesse : jeunesse@arpajon91.fr.