

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 lesquelles il apparaît.

Cette autorisation comprend le droit de reproduire et de communiquer ces images au public notamment par le biais de supports sur le site Internet de la commune, l'Instagram de la structure, dans le journal municipal officiel (Arpajon notre Ville) et/ou sur tout autre affichage local et différents réseaux sociaux de la ville.

Date : Signature :

TRANCHES	QF CAF		TAUX D'EFFORT	2024/2025
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%	

Département de l'Essonne
MAIRIE D'ARPAJON



Service Municipal de la Jeunesse

PHOTO

NOM : _____

PRENOM : _____

SERVICE MUNICIPAL DE LA JEUNESSE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année scolaire 2024/2025

Valable jusqu'au 31 août 2025

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
- 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 : _____

• Votre enfant est-il allergique (Asthme - Alimentaire – Médicamenteux) ou suit-il un traitement médical ?

Si oui, préciser la cause et la conduite à tenir en cas de crise. En cas de traitement, nous serons amenés à rencontrer les parents pour établir les documents nécessaires et obtenir les médicaments.

• Autres recommandations ou précautions à prendre : (ex : régime particulier)

N'hésitez pas à joindre une note plus explicative si nécessaire

• RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT

A-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Rayez la mention inutile)

RUBEOLE	oui	non	COQUELUCHE	oui	non
VARICELLE	oui	non	OTITE	oui	non
ANGINE	oui	non	ROUGEOLE	oui	non
RHUMATISME	oui	non	OREILLONS	oui	non
SCARLATINE	oui	non			

• RESPONSABLE(S) DU JEUNE

Mail des parents : _____

	Père ou Tuteur	Mère ou Tutrice	Autre personne à prévenir en cas d'urgence*
Nom prénom / et statut (oncle, etc...)			
Domicile (Adresse)			
Téléphone			
Travail (Adresse)			
Téléphone			
Tel. Portable			