

Service Municipal de la Jeunesse  
**FICHE D'INSCRIPTION 11-17 ANS**  
**CARTE JEUNE 2024 - 2025**  
Du 31/08/2024 au 31/08/2025

**MERCI DE BIEN VOULOIR ECRIRE EN MAJUSCULES ET LISIBLEMENT**

**JEUNE**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Age : ..... Sexe :  M  F

Adresse : ..... Ville : L'Hay-Les-Roses

Quartier :

Blondeaux  Centre  Jardin Parisien  Lallier  Petit Robinson  Vallée-aux-Renards

Établissement Scolaire : ..... Classe : .....

Mail (*jeune*) : ..... Téléphone (*jeune*) : .....

**RESPONSABLES DU MINEUR**

RESPONSABLE 1

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Ville : .....

Tél domicile : ..... Tél portable : ..... Tél travail : .....

Adresse mail : .....

RESPONSABLE 2

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Ville : .....

Tél domicile : ..... Tél portable : ..... Tél travail : .....

**PIÈCES À PRÉSENTER (ORIGINAUX)**

- ✓ 1 justificatif de domicile de moins de 3 mois
- ✓ Attestation d'assurance RCI (Responsabilité Civile et Individuelle)
- ✓ 2 photos d'identité récentes
- ✓ Adhésion : 1 €
- ✓ Test anti panique OBLIGATOIRE pour participer aux activités nautiques et aquatiques (ski nautique, voile...)

TSVP ->



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON (document confidentiel)

### VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccinations)

Vaccinations obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Hépatite B	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tetracoq				Autres : (Préciser)	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

VOTRE ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL SPÉCIFIQUE ? OUI  NON

Si oui, joindre obligatoirement une copie du certificat médical présentant le protocole et la conduite à tenir. Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

**NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :** .....

Je soussigné(e) Nom et prénom (responsable de l'enfant) .....

Agissant en qualité de (père, mère, tuteur) .....

- Déclare que mon enfant sait nager : test anti panique à fournir OBLIGATOIREMENT à l'inscription. Sans ce document mon enfant ne pourra participer aux activités nautiques (piscine, mer...).
- Déclare avoir souscrit une assurance « responsabilité civile individuelle accident » pour le jeune mentionné ci-dessus.

Nom de l'assureur ..... Numéro ..... Date de fin.....

- Autorise que mon enfant soit photographié ou filmé lors des activités et que ces images soient utilisées pour les publications du SMJ : OUI  NON
- Autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, en cas d'urgence, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé du mineur : OUI  NON
- Autorise que mon enfant participe aux activités et aux accueils périscolaires :  
OUI  NON

Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier par la Commune de L'Haÿ-les-Roses, 41 rue Jean Jaurès, 94240 L'HAY-LES-ROSES par l'intermédiaire de son représentant : M. le Maire. Un délégué à la protection des données personnelles est désigné pour cette structure : Mme Lauranne COSSON, Hôtel de Ville, 41 rue Jean Jaurès, 94240 L'HAY-LES-ROSES.

La finalité du traitement est Gestion administrative de la carte Jeunes. La base légale du traitement est une mission d'intérêt public. Le destinataire des données est en interne : le service jeunesse. Ces données seront conservées deux ans.

Conformément à la réglementation en vigueur, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et d'un droit de rectification et d'effacement en contactant : le service jeunesse. Vous pouvez également saisir la CNIL pour une réclamation.

Fait à L'Haÿ-les-Roses,

Signature (précédée de la mention lu et approuvé)

le ...../...../.....



**Service Municipal de la Jeunesse 34 Bis rue des Tournelles 94240 L'Haÿ-Les-Roses - Tél : 01 49 08 02 30**

**Mail : [service.jeunesse@ville-lhay94.fr](mailto:service.jeunesse@ville-lhay94.fr)**