FICHE DE RENSEIGNEMENTS DU SERVICE JEUNESSE

# **MAJEURS maison des jeunes**

# **2020/2021**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : Prénom : Date de naissance : Age : [ ]  F [ ]  M | **Adhésion Maison des Jeunes (20€/an) +*** **Atelier Foot en salle -25 ans (10 €/an)**
* **Atelier Foot en salle +25 ans (20 €/an)**
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse  |  |
| Téléphone |  | **Portable**  |  |
| Profession |  | **Mail** |  |
| N° sécurité sociale |  | **Situation familiale** |  |
| Assurance  |  | **N°** assurance |  |

**Personnes à contacter en cas d’urgence**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom / Prénom** | **Téléphone**  | **Nom / Prénom** | **Téléphone**  |
|  |  |  |  |

### Renseignements médicaux

|  |  |
| --- | --- |
| **Avez-vous :** | **Lesquelles :** |
| **Allergies** |  |  |  |
| **Alimentaires** | **Oui** | **Non** |  |
| **Médicamenteuses** | **Oui** | **Non** |  |
| **Asthme**  | **Oui** | **Non** |  |
| **Traitement médical** | **Oui** | **Non** |  |
| **Autres**  | **Oui** | **Non** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Dates |
| Diphtérie |  |  |  |
| Tétanos |  |  |  |
| Poliomyélite  |  |  |  |
| Ou DT Polio |  |  |  |
| Ou Tetracoq |  |  |  |
| BCG/monotest |  |  |  |

### Médecin traitant

**Nom  Tél.**

**Adresse**

[ ]  **Allergies ou particularités.** Précisez les causes de l’allergie (alimentaires ou autres) et la conduite à tenir selon les particularités :

|  |  |
| --- | --- |
| Autorise les encadrants du service jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical et interventions chirurgicales) rendues nécessaires par mon état. |  |
| Autorise la mairie de Marolles-en-Brie à utiliser les images fixes ou animées me représentant, qui seront prises dans le cadre des activités animées par le service jeunesse de la mairie de Marolles-en-Brie, pour les supports de communication de la commune. |  |

Je prends connaissance et accepte le règlement de fonctionnement de la MJ, consultable et téléchargeable sur le site internet de la commune.

Je m’engage à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur ce document.

**Lu et approuvé**

**Date**

**Signature**