



DOSSIER D'ADHESION

Carte d'Adhérent du Point Jeunes



Nom :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / __



COORDONNÉES

Nom du responsable légal :

Adresse :

CP : _____ Ville :

Téléphone : __ . __ . __ . __ . __

Portable : __ . __ . __ . __ . __

E.Mail :

N° sécurité sociale : _____ Nom mutuelle :

Autre responsable éventuel :

Téléphone : __ . __ . __ . __ . __

Portable : __ . __ . __ . __ . __

ATTESTATION PARENTALE

Je soussigné(e)

autorise mon enfant :

- à fréquenter et à participer aux activités proposées par le Point Jeunes
- à être transporté dans le cadre des animations mises en place par le Point Jeunes sur la ville ou à l'extérieur.
- à donner ou faire donner tout soin utile à mon enfant, à le transporter à l'hôpital en cas d'urgence et à faire pratiquer tout examen et/ou intervention rendue nécessaire par l'urgence.
- à rentrer seul à tout moment de la journée.
- à rentrer seul à la fermeture de la structure.
- n'autorise pas mon enfant à rentrer seul.

donne :

- à la commune de Dourdan l'autorisation de prendre, publier, exposer, diffuser, toutes les photos (ou supports audiovisuels) de mon enfant prises dans le cadre des activités du Point Jeunes.
- Atteste** avoir pris connaissance du règlement intérieur du Point Jeunes et l'accepte.

A Dourdan, le : __ / __ / __

Signature du
responsable légal :

ACCORD DU JEUNE ADHÉRENT

Je soussigné(e)

atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du Point Jeunes et m'engage à le respecter.

• A, le : __ / __ / __ Signature de l'adhérent :

PARTIE MÉDICALE - À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN TRAITANT

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) Docteur

certifie que le jeune

A les vaccinations obligatoires (DTCP) à jour.

ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives.

contre-indications éventuelles :

• A, le : __ / __ / __ Signature et cachet
du médecin traitant :

FICHE DE LIAISON

• Vaccinations (renseigner les dates des derniers vaccins) :

BCG : __ / __ / __

Polio : __ / __ / __

Tétanos : __ / __ / __

Diphtérie : __ / __ / __

• Maladies et allergies :

PAI alimentaire : OUI / NON Traitement :

Asthme : OUI / NON Traitement :

Régime alimentaire spécifique : OUI / NON

normal sans porc sans viande