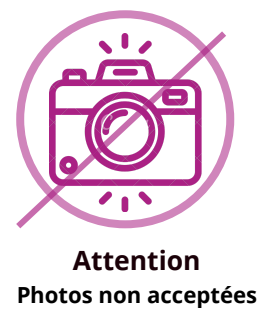


.....Documents à fournir.....

NE RIEN ÉCRIRE : RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

- ☐ FICHE SANITAIRE DE LIAISON
- ☐ VACCINS
- ☐ JUSTIFICATIF DE DOMICILE
- ☐ ATTESTATION D'ASSURANCE
- ☐ LIVRET DE FAMILLE



Les informations recueillies sur ce formulaire sont récoltées et utilisées par la Maison des jeunes de la Farlède pour la gestion et le suivi de l'inscription de votre/vos enfant (s) à la Maison des jeunes. Elles sont conservées 5 ans et vous pouvez exercer votre droit d'accès, rectification ou suppression en nous contactant à l'adresse : inscriptions.jeunesse@lafarlede.fr.

Ville de
LA FARLÈDE
Contact MDJ
0623070594
DOSSIER COMPLET



Fiche Individuelle de Renseignements
2026

NOM ET PRÉNOM DU JEUNE:

DATE DE NAISSANCE : SEXE : ☐ M ☐ F

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU JEUNE :

NOM ET PRÉNOM DU RESPONSABLE LÉgal 1 : ☐ PÈRE ☐ MÈRE ☐ AUTRE :

.....

TÉL :

E-MAIL :

ADRESSE :

.....

NOM ET PRÉNOM DU RESPONSABLE LÉgal 2 : ☐ PÈRE ☐ MÈRE ☐ AUTRE :

.....

TÉL :

E-MAIL :

ADRESSE :

.....

Renseignements concernant la Famille

RESPONSABLE LÉGAL 1 :

EMPLOYEUR :

N°ALLOCATAIRE :

JE SOUSSIGNÉ (E), MME / M. :

☐ AUTORISE
☐ N'AUTORISE PAS

RESPONSABLE LÉGAL 2 :

EMPLOYEUR :

N°ALLOCATAIRE :

JE SOUSSIGNÉ (E), MME / M. :

☐ AUTORISE
☐ N'AUTORISE PAS

LA MAISON DES JEUNES DE LA MAIRIE DE LA FARLÈDE À CONSULTER MON COMPTE CAF
(ACCÈS INTERNET À CARACTÈRE PROFESSIONNEL HABILITÉ PAR LA CAF) AFIN D'OBTENIR MON
QUOTIENT FAMILIAL POUR L'ANNÉE 2026.

SITUATION FAMILIALE :

SI SÉPARÉS OU DIVORCÉS, MERCI DE PRÉCISER LE MODE DE GARDE :

☐ GARDE EXCLUSIVE DU RESPONSABLE LÉGAL 1
☐ GARDE EXCLUSIVE DU RESPONSABLE LÉGAL 2
☐ GARDE ALTERNÉE (PRÉCISEZ LES SEMAINES)

AUTRE(S) PERSONNE(S) HABILITÉE(S) À RÉCUPÉRER LE JEUNE A LA MAISON DES JEUNES
EN CAS D'IMPOSSIBILITÉ :

.....
.....

OÙ TÉLÉPHONER EN CAS D'URGENCE ?

.....

RESERVÉ A L'ADMINISTRATION

QF :

TARIF SEMAINE :

Déclaration du Responsable légal du jeune

RENSEIGNEMENTS QUE VOUS SOUHAITEZ SIGNALER À LA DIRECTION ?

.....
.....
.....

JE, SOUSSIGNÉ (E) MME OU M. :

PÈRE



MÈRE



TUTEUR



AUTORISE LA DIRECTION :

◦ À PHOTOGRAPHER MON ENFANT POUR DES ACTIVITÉS MANUELLES
OU AFFICHAGES À L'ENTRÉE DE LA MAISON DES JEUNES

OUI



NON



◦ LA PUBLICATION ET LA DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIES (PRISES À L'OCCASION D'ACTIVITÉS),
SUR LES SUPPORTS ÉCRITS ET INTERNET DE LA VILLE ET/OU DE LA PRESSE

OUI



NON



• VOTRE ENFANT, PEUT-IL RENTRER SEUL LE SOIR ?

OUI



NON



• VOTRE ENFANT, SAIT-IL NAGER ?

OUI



NON



FAIT À LE :

SIGNATURE
OBLIGATOIRE :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

VACCINATIONS

Joindre les photocopies du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant (vaccins)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication
ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant, est-il en situation de handicap ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, merci de nous fournir la notification MDPH (Maison départementale des personnes handicapées)

Votre enfant, est-il allergique ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, allergies alimentaires ? Oui ☐ Non ☐

Précisez :

Allergies médicamenteuses ? Oui ☐ Non ☐

Précisez :

Autres allergies ? Oui ☐ Non ☐

Précisez :

Votre enfant, est-il asthmatique ? Oui ☐ Non ☐

Votre enfant, a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) Oui ☐ Non ☐



Merci de fournir les documents relatifs au P.A.I lors de la constitution du dossier

Votre enfant, présente-t-il une pathologie nécessitant une attention particulière ?

Quelles sont les difficultés de santé ?

.....
.....
.....
.....

AUTRE

Régime alimentaire sans porc : ☐ oui ☐ non

MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

Nom du médecin traitant de l'enfant :

Adresse :

CP :Ville :

Téléphone :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné (e),

responsable légal de l'enfant

Téléphone :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- Autorise la direction à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer des soins d'urgence suivant les prescriptions du médecin ;
- Et je m'engage à payer les frais médicaux et pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale éventuelle.

Date :/...../.....

Signature :