

JOINDRE UNE PHOTO D'IDENTITÉ AVEC AU DOS LE NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT – NE PAS COLLER NI AGRAFER

NOM DU JEUNE :

PRÉNOM DU JEUNE :

Garçon : ☐ Fille : ☐ Âge : Né(e) le : A :

ADRESSE

ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉE EN 2026-2027 :

Collège : ☐ Lycée : ☐ Préciser le niveau :

Coordonnées des deux parents (remplir les 2 colonnes) ou du responsable légal (remplir seulement la 1 ^{re} colonne)		
INFORMATIONS	(1) ☐ PÈRE OU RESPONSABLE LÉGAL	(1) ☐ MÈRE
(1) Merci de cocher la case du parent à joindre en premier en cas d'urgence		
Nom		
Prénom		
Adresse		
Tél. mobile		
Tél. pro		
Tél. domicile		
E-mail (séparez bien les lettres pour une lecture aisée)		
Situation familiale	Mariés ☐ Pacsés ☐ Vie maritale ☐	Séparés ⁽²⁾ ☐ Divorcés ⁽²⁾ ☐ Célibataire ☐ Précisez si : garde alternée ⁽²⁾ ☐

(2) Merci de joindre
 a) un justificatif précisant le mode de garde choisi (courrier de la CAF, des parents...)
 b) si besoin, la copie de l'extrait de jugement justifiant de la responsabilité du jeune.

AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise mon enfant à rentrer seul après ces activités :

- TEMPS LIBRES (période scolaire).....	OUI ☐	NON ☐
- ATELIERS (période scolaire).....	☐	☐
- ACTIVITÉS/SORTIES (vacances)....	☐	☐
- SOIRÉES après 20h.....	☐	☐

J'autorise l'utilisation de PRISES DE VUES de mon enfant pour les publications..... ☐ ☐
 de la ville (journal municipal, affiches, programmes, site Internet de la ville,...) :

J'autorise l'utilisation des RÉSEAUX SOCIAUX DE L'ACTION JEUNESSE de la Ville :..... ☐ ☐

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

VOTRE ENFANT DOIT ÊTRE À JOUR DES VACCINS OBLIGATOIRES

Joindre obligatoirement la copie des pages du carnet de santé attestant que ces vaccinations sont à jour.
Dans le cas contraire, joindre le certificat médical de contre-indication.

■ Vaccinations	DT Polio (obligatoire)	ROR (facultatif)	BCG (facultatif)
Date du vaccin			
Date du dernier rappel			

- Si votre enfant a déjà eu **les maladies suivantes**, cochez les cases correspondantes :

COQUELUCHE ☐

SCARLATINE ☐

VARICELLE ☐

- Votre enfant a des **réactions allergiques** (asthme, alimentaires), **OUI** ☐ **NON** ☐
médicamenteuses ou autres.

Précisez lesquelles

- Votre enfant a eu des **antécédents médicaux ou chirurgicaux**, **OUI** ☐ **NON** ☐
susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil ou sur la pratique d'une activité sportive (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation...).

Précisez lesquels, les dates et les précautions à prendre :

- Votre enfant **suit un traitement médical régulier** : **OUI** ☐ **NON** ☐
Précisez lequel :

- Vous demandez à ce qu'il bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé : **OUI** ☐ **NON** ☐
Si oui, précisez lequel : P.A.I Santé ☐ P.A.I Alimentaire ☐

- Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, dentaire...)

- Régime alimentaire : **OUI** ☐ **NON** ☐ (si oui, précisez lequel)

ENGAGEMENT DES PARENTS À REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

En qualité de ☐ père, ☐ mère, ☐ représentant légal de l'enfant susnommé, certifie exacts les renseignements mentionnés ci-dessus ainsi que les documents joints et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Fait à Bois-Colombes, le / / Signature :

Données personnelles : ces données sont collectées par la ville de Bois-Colombes pour permettre la gestion des services en matière d'affaires scolaires, périscolaires et extrascolaires. Elles seront conservées pendant deux ans, durée permettant la saisie comptable des éléments et leur archivage réglementaire. Pour exercer vos droits à la consultation ou rectification, contactez la déléguée à la protection des données personnelles par courriel à l'adresse dpo@bois-colombes.com ou par courrier à DPO, 15 rue Charles-Duflos, 92277 Bois-Colombes cedex.