

FICHE JEUNE

Merci de remplir une fiche par jeune, valable pour l'année scolaire 2020-2021

Nom de l'enfant: Prénom: Âge:

Adresse et ville : Date de naissance :

..... Garçon Fille

Portable du Jeune: Nationalité :

1^{ère} inscription à DIVR'City

SCOLARITÉ

Établ. Scolaire:

Classe:

REPAS SPÉCIAUX

Repas sans porc

Repas végétarien

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à venir et repartir seul des activités Oui Non

J'autorise la ville de St-Julien et ses partenaires (Maison des habitants,...) à **photographier ou filmer** mon enfant et autorise l'exploitation de ce(s) image(s) en partie ou en totalité et la reproduction sur les supports suivants : bulletin municipal, affiches, dépliants, site internet (www.st-julien-en-genevois.fr), réseau sociaux (Facebook, YouTube, Instagram de la commune et de DIVR'City Service Jeunesse), et autorise également la diffusion de celle(s)-ci à la presse

Oui Non

DOCUMENTS A FOURNIR

Afin de faciliter les inscriptions aux éventuelles activités payantes du service jeunesse DIVR'City, merci de nous fournir

La fiche d'imposition 2020 sur les revenus 2019

La photocopie du carnet de vaccination

La photocopie de la carte d'identité ou du Passeport du jeune

La photocopie de la pièce d'identité (carte identité, passeport, titre de séjour...) des parents

2€ de frais d'inscription annuel (de septembre à septembre)

L'autorisation de sortie de territoire pour l'année

FICHE MÉDICALE

Nom du père :	Nom de la mère :
Prénom :	Prénom :
Tel. Urgence père :	Tel. Urgence mère :
Mail du père :	Mail de la mère :

<h3>ALLERGIES</h3> <input type="checkbox"/> Alimentaires <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Médicamenteuses Précisions :	<h3>PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ</h3> Coordonnées du médecin traitant Nom :
.....	Tel :

TRAITEMENTS MÉDICAUX

Aucun traitement médicamenteux ne pourra être administré à mon enfant sans prescription médicale. Je m'engage donc à fournir au responsable de l'accueil l'ordonnance, ainsi que les médicaments relatifs au traitement à suivre.

Médicament fourni par les parents :

Ordonnance : Oui Non PAI : Oui Non

Remarques :

.....

VACCINATION

	Vaccin	Fait le	Prochain rappel	Commentaires
<input type="checkbox"/>	DT Polio			Obligatoire

Je soussigné, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche d'inscription aux activités du service jeunesse DIVR'City et Maison de Habitants, et je m'engage à informer ces services de tous changements et informations nouvelles concernant mon enfant. J'autorise les responsables des accueils à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgical) rendues nécessaire par l'état de mon enfant.

Fait à le Signature