

MAIRIE DE LA NORVILLE / 2025-2026

CCAS de la Norville

15 € l'adhésion (en espèces ou à l'ordre du trésor public)

jeunesse@lanorville91.fr

01 69 26 19 00 / 01.60.81.99.83

FICHE D'ADHESION SERVICE JEUNESSE

N°allocataire CAF : régime général et fonctionnaire

régime agricole

Mutuelle nom : autres régimes

Nom et Prénom du jeune :

Né(e) le : .../.../.... Lieu de naissance.....

N° de téléphone portable :

Adresse Mail :

PERE (nom/prénom)	MERE (nom/prénom)
Adresse :	Adresse :
☎.....	☎.....
EMPLOYEUR (nom/lieu) :	EMPLOYEUR (nom/lieu) :
☎ professionnel.....	☎ professionnel.....
Autres ①.....	Autres ①.....

SITUATION FAMILIALE : marié-concubinage - divorcé-séparé

AUTORISATION PARENTALE (LEGALEMENT OBLIGATOIRE)

Je soussigné(e) Père, Mère, Tuteur (1) déclare autoriser ma fille, mon fils, ma ou mon pupille

NOM _____ PRENOM _____

l'autorise à rentrer seul(e) à l'issue des activités du service jeunesse auxquelles il ou elle est inscrit(e) préalablement, en période de vacances scolaires.

l'autorise à rentrer seul(e) quand il ou elle le désire, en accueil de milieu ouvert, en période scolaire.

Je soussigné(e).....autorise la Mairie de La Norville à diffuser les photos de mon enfant prises sur des temps d'activités qui peuvent servir de support de communication (affiches, bulletin municipal, site internet)

FICHE SANITAIRE

Régime particulier : Sans porc PAI (Protocole d'Accueil Individualisé)

ALLERGIE : Alimentaire : oui –non Médicamenteuse : oui-non Autre :

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :
.....
.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses, etc?

Votre enfant suit-il un traitement médical de longue durée ? Oui-Non

Si oui, lequel :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Date du dernier rappel
TETANOS			
DIPHTERIE			
POLIOMYELITE			
DT POLIO			
TETRACOQ			

VACCINS RECOMMANDES	OUI	NON	Date du dernier rappel
HEPATITE B			
ROR			
COQUELUCHE			
BCG			
MENINGITE			

Nom et numéro du médecin traitant :

En cas d'urgence, mon enfant sera transporté par les pompiers au centre hospitalier d'ARPAJON et j'autorise le responsable du Service Jeunesse à prendre toutes les dispositions utiles en vue de la mise en œuvre des traitements qui pourraient s'imposer.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement du service jeunesse.

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées.

Date et signature des parents