FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2025-2026

NOM et PRÉNOM de l'ENFANT	Photo
Né(e) le : à : Adresse : Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille ☐ Autre **USJ : cotisation payée : oui ☐ non ☐**	

▪ COORDONNÉES :

- **Enfant : Adresse** : . . . . . .
  Tel portable : .
  Adresse mail : . . . . . .

- **Parent 1 :** Nom / Prénom : . . . . . .
  Adresse (si différente) : . . . . . .
  Tel maison : . . . . . Tel travail : . . . . . Portable : . . . .
  Adresse mail : . . . . . .

- **Parent 2 :** Nom / Prénom : . . . . . .
  Adresse (si différente) : . . . . . .
  Tel maison : . . . . . Tel travail : . . . . . Portable : . . . . . .
  ……..
  Adresse mail : . . . . . .

En cas d'absence des parents :
Nom / Prénom de la personne à prévenir : . . . .
Lien avec l'enfant :……..
Adresse : . . . . . .
Tel maison : . . . . . Tel travail : . . . . . Portable : . . . . . .

▪ AUTORISATION DE PUBLIER, EXPOSER ou DIFFUSER des PHOTOS/FILM VIDEO :

Pour toutes les actions du service jeunesse (séjours, sorties, évènements, club ou autres) ☐ OUI ☐ NON

▪ MON ENFANT À ENTRE 11 ET 13 ANS

Je l'autorise à fréquenter le Pass'âge ☐ OUI ☐ NON,
si oui sur quelle période (cochez les cases correspondante)

En période scolaire	**mardi**	**mercredi**	**Jeudi**	**Vendredi**	**samedi**
14/15h					
15h/17h					
17h/18h					
18h/19h					
19h/20h					

Pendant les vacances scolaires	**lundi**	**mardi**	**mercredi**	**Jeudi**	**Vendredi**
14/15h					
15h/17h					
17h/18h					
18h/19h					
19h/20h					

Date et signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Orsay

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant les activités de votre enfant.
Veillez à la remplir avec soin. Merci.

▪ VACCINATIONS *(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)*

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

VACCINS OBLIGATOIRES	**OUI**	**NON**	**DATES DES DERNIERS RAPPELS**	**VACCINS RECOMMANDES**	**DATES**
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				BCG (tuberculose)	
ou Tétracoq				Autres (préciser)	

▪ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, pendant les horaires d'ouvertures de nos structures, les activités et les séjours, joindre une ordonnance récente et penser à apporter les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

OREILLONS ☐ OUI ☐ NON	VARICELLE ☐ OUI ☐ NON	ANGINES ☐ OUI ☐ NON	RHUMATISMES ☐ OUI ☐ NON	SCARLATINE ☐ OUI ☐ NON
COQUELUCHE ☐ OUI ☐ NON	OTITES ☐ OUI ☐ NON	RUBÉOLE ☐ OUI ☐ NON	ROUGEOLE ☐ OUI ☐ NON	

ASTHME ☐ OUI ☐ NON MEDICAMENTEUSE ☐ OUI ☐ NON

Allergies (*Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir)* (si automédication, précisez)

. . . . . .

Indiquez ici les autres difficultés de santé pouvant être importantes, en précisant les dates et les précautions à prendre :

(Lunettes, Prothèses, Maladies, accidents, crises convulsives,…)

. . . . . .

. . . . . .

▪ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant est porteur d'un handicap : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez :

Si oui, merci d'ajouter une attestation MDPH, de reconnaissance du handicap, au dossier d'inscription.

Si oui, quels sont les protocoles et besoins particulier (MDPH, PAI, AESH, PAP,…)

……..……

L'enfant possède t-il un régime alimentaire spécifique (végétarien, vegan, intolérances…) :

☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez : ……..

Date et signature

AUTORISATION DE DESCENDRE À UN ARRÊT RER

Dans le cadre de sorties nécessitant l'usage de la ligne B du RER dans le sens Sud ou Nord de la ligne ;

Je soussigné(e)…… …,

représentant légal de…… ….

l'autorise, à descendre à l'arrêt RER (précisez)…….……..

et à rentrer seul(e) jusqu'à son domicile (adresse)……..……..

……

Je suis conscient(e) qu'en signant cette autorisation, je dégage la commune d'Orsay de toute responsabilité dès lors que mon enfants est déposé(e) à l'arrêt de RER convenu lors de l'inscription.

Date et signature