



## INFORMATIONS SANITAIRES :

P.A.I. : Oui – Non <sup>2</sup>

Régime Sans Porc : Oui – Non

Médecin Traitant
Nom du médecin : .....
Téléphone : .....
Adresse : .....
.....

### Allergies

Médicamenteuses : Oui - Non

Lesquelles : .....

Alimentaires : Oui - Non

Lesquelles : .....

Respiratoires : Oui - Non

Lesquelles : .....

Allergies : Oui - Non

Lesquelles : .....

Vaccins	Oui	Non	Derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Coqueluche			
BCG			
R.O.R. - Rubéole Oreillons Rougeole			

### Autres difficultés éventuelles de santé

(Maladies, accidents, hospitalisations, opérations, rééducations ...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Observations Complémentaires (port de lunette ou lentille, appareil dentaire ...) : .....

.....

.....

## AUTORISATIONS :

Je soussigné(e), ..... demeurant : .....

..... et agissant en qualité de :  Père  Mère  Responsable légal (Tuteur, ...) déclare avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur de la Maison des Jeunes et :

**Autorise** [Rayer la mention inutile](#)

**N'autorise pas**

#### Inscription

Mon fils/ma fille, ....., à s'inscrire à la Maison Des Jeunes, située Rue des Carrouges 77 124 Crégy-lès-Meaux.

**Autorise** [Rayer la mention inutile](#)

**N'autorise pas**

#### Droit à l'image

La Ligue de l'Enseignement du Val de Marne, à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique pour la présentation et l'illustration des actions qui sont menées en direction de l'enfance et de la jeunesse.

**Autorise** [Rayer la mention inutile](#)

**N'autorise pas**

#### Mesures médicales

L'équipe à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (appel des secours, hospitalisation) rendues nécessaire par l'état du jeune.

Date : .....

Signature :

<sup>2</sup> Joindre la Photocopie du Protocole d'Accueil Individualisé – PAI

