



**Service jeunesse**  
 Parc F. Mitterrand  
 91460  
 MARCOUSSIS  
 01 64 49 98 77

**Régie des services municipaux**  
 5 rue Alfred-Dubois  
 91460  
 MARCOUSSIS  
 01 64 49 64 05

**NOM :** ..... **Collège / Lycée et classe :** .....  
**Prénom :** ..... **Date de naissance :** .....

**N° de sécurité sociale de l'assuré-e :** .....

Nom parent 1 : ..... Nom parent 2 : .....  
 ☎ Portable parent 1 : ..... ☎ Portable parent 2 : .....  
 ✉ E mail : ..... @ .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

**Votre enfant suit-il-elle un traitement médical régulier ?** Oui \*  Non

\* **Si oui**, transmettre au responsable du service jeunesse, une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Votre enfant a-t-il-elle besoin d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ?** Oui  Non

Le dossier PAI est à remplir auprès du Collège / Lycée dès la rentrée et à transmettre au responsable du service jeunesse

**ALLERGIES :** Médicamenteuses : Oui  Non  Alimentaires : Oui  Non

Asthme : Oui  Non

**Autres :** .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....  
 .....  
 .....

**Indiquez les difficultés de santé de votre enfant** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre. :

.....  
 .....  
 .....

**Votre enfant porte-t-il-elle :** **Lentilles :** Oui  Non  **Lunettes :** Oui  Non

**Prothèses auditives :** Oui  Non  **Prothèses dentaires :** Oui  Non

**Aérateur transtympanique (yoyo) :** Oui  Non

Autres : .....  
 .....  
 .....

**Nous nous engageons à signaler tout changement modifiant les indications mentionnées**

**Noms et Prénoms :** .....

**Signatures**

**Responsable légal-e 1 :**

**Responsable légal-e 2 :**

**Date :** .....