



# Villejuif respire 2025 - Sport à la carte

## 6/10 ANS (15h-17h) / 11/15 ANS (17h-19h)

### BULLETIN D'INSCRIPTION ET AUTORISATION PARENTALE

Nom et Prénom de l'enfant ..... Date de naissance ..... Fille.....  
 ..... Garçon.....

#### Responsable(s) de l'enfant :

Nom et prénom : ..... Domicile.....

Adresse : ..... Portable.....

..... Bureau.....

N° Appartement (indispensable)..... @ mail : .....

Nom et prénom : ..... Domicile.....

..... Portable.....

Adresse : ..... Bureau.....

..... @ mail : .....

N° Appartement (indispensable).....

Je soussigné(e) .....responsable de l'enfant..... déclare avoir pris connaissance des horaires et lieux de stages et, autorise mon enfant à y participer, ainsi qu'aux sorties se déroulant à (ou hors) Villejuif, « **j'autorise les éducateurs à prendre**, le cas échéant toutes décisions d'interventions médicales » rendues nécessaires par l'état de l'enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale..)

«**Je déclare que mon enfant ne présente aucune contre-indication**, pour les activités physiques, attestée lors d'une visite médicale cette année,

Cependant s'il n'y a pas eu de visite, je m'engage à prendre dans les meilleurs délais un rendez-vous (visite possible au Centre de Santé Municipal Pierre Roqués : 01 45 59 23 70),

\*J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité : Oui   Non

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant:

Nom	Prénom	Age	Téléphone

J'autorise que mon enfant soit photographié pendant le stage pour la promotion des activités sportives municipales: Oui   Non

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement de données dont les finalités sont : à renseigner.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement\*, d'opposition\*, de portabilité\* des données vous concernant, ainsi qu'un droit à la limitation du traitement de ces données.

Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre Délégué à la protection des données (DPO) par courriel à [donneespersonnelles-request@listes.villejuif.fr](mailto:donneespersonnelles-request@listes.villejuif.fr) ou par courrier à Mairie de Villejuif, Direction des Affaires Juridiques et de la Commande Publique, Service Juridique, 1 Esplanade Pierre-Yves COSNIER, 94 800 VILLEJUIF. »

A.....Le..... Nom et Signature:



## Villejuif respire 2025 - Sport à la carte

**6/10 ANS (15h-17h) / 11/15 ANS (17h-19h)**

Semaine	Lieu	Choix (case à cocher)
15 juillet : roller, skateboard	Gymnase Paul Langevin	
22 juillet : vélo, trottinette	Gymnase Maurice Baquet	
29 juillet : tennis, badminton, tennis de table	Gymnase Guy Boniface	
5 août : tennis, badminton, tennis de table	Gymnase Guy Boniface	
12 août : vélo, trottinette	Gymnase Maurice Baquet	
19 août : roller, skateboard	Gymnase Paul Langevin	



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui  non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et 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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

---



---

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

---



---



---

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?       NON       OCCASIONNELLEMENT       OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?       NON       OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_  
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :  
Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_  
Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

---

#### A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

---

---

---

#### OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---



**VILLEJUIF**

Tout cède à notre union

## AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Pour les mineurs – personnes sous tutelle ou curatelle

**Je soussigné(e) (nom, prénom) :**

**Parent / responsable légal de :**

**Adresse mail :**

**Téléphone :**

Autorise la Mairie de Villejuif à capter et à exploiter, à titre gracieux, mon image et mes propos pour les diffuser sur tous les supports aux fins de communication et d'information (VNV, site internet, réseaux sociaux, affichage, brochure). Cette cession est conclue **pour une durée de 3 ans**.

La Mairie s'engage à ce que la légende accompagnant les images ne porte pas atteinte à la réputation et à la vie privée.

J'ai été informé(e) conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel que la Mairie de Villejuif met en œuvre un traitement de données à caractère personnel me concernant afin d'exécuter et de gérer la présente cession de droit et exploiter le ou les supports sur lesquels sont fixés mon image et mes propos.

Ces informations sont destinées au personnel habilité de la Mairie de Villejuif, ainsi qu'à ses sous-traitants. La base juridique du traitement est l'exécution contractuelle. Les données seront conservées pendant la durée de l'autorisation augmentée du délai de prescription légale.

Je suis informé(e) que je dispose d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'effacement de mes données à caractère personnel, à la limitation du traitement et à la portabilité des données.

Je suis informé(e) que je dispose également d'un droit de formuler des directives spécifiques et générales relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de mes données à caractère personnel post-mortem.

L'exercice de ces droits s'effectue auprès du Délégué à la protection des données de la mairie par courrier électronique à l'adresse mail suivante [donneespersonnelles@listes.villejuif.fr](mailto:donneespersonnelles@listes.villejuif.fr) ou par courrier postal adressé à l'hôtel de Ville de Villejuif, Esplanade Pierre-Yves Cosnier, 94 807 Villejuif Cedex. J'ai le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), en ligne ou par courrier postal.

En cas de questions relatives à mes droits, je peux contacter le Responsable du traitement, à savoir la Mairie de Villejuif, à l'adresse suivante : hôtel de Ville de Villejuif, Esplanade Pierre-Yves Cosnier, 94 807 Villejuif Cedex, ou le Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante [donneespersonnelles@listes.villejuif.fr](mailto:donneespersonnelles@listes.villejuif.fr).

**Fait à Villejuif, le**

**Signature :**