

Fiche de renseignements

Espace Jeunes

LE JEUNE

Nom : Prénom :

Né(e) le : Âge :

Etablissement scolaire : Tel portable du jeune :

LES RESPONSABLES LEGAUX

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Commune :

Téléphone : Mail :

Régime Allocataire : CAF MSA N° allocataire :

Situation Familiale : Mariés Vie Maritale Divorcés Séparés
 Veuf Autres (préciser :))

PERE :

Nom :

Prénom :

Tel portable :

Profession :

Nom et adresse employeur :

.....

.....

Tel employeur :

MERE :

Nom :

Prénom :

Tel portable :

Profession :

Nom et adresse employeur :

.....

.....

Tel employeur :

Je soussigné(e) M. Mme, responsable légal du jeune..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche de renseignements et :

Autorise mon enfant à participer aux activités et sorties organisées par l'Espace Jeunes.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorise les organisateurs à transporter mon enfant lors des activités programmées ou organisées spontanément.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorise la prise de photographies dans le cadre des activités de l'Espace Jeunes ainsi que la diffusion et la publication des photographies et des vidéos sur tout support de communication.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorise mon enfant à quitter seul l'ALSH jeunes. Il ne sera alors plus sous la responsabilité des animateurs de l'Espace Jeunes.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorise l'organisateur à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas de difficultés rencontrées soit par le comportement de mon enfant, soit par les aléas des activités pratiquées	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Espace Jeunes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Fait à :

Le :

Signature :

Fiche Sanitaire de Liaison

Espace Jeunes

LE JEUNE

Nom : Prénom :

Né(e) le : Taille : Poids :

Nom et Tel du Médecin traitant :

Suit-il un traitement médical à ce jour ? 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 sera administré sans ordonnance

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	Dates
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rougeole-Oreillons-Rubéole	
BCG				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				Autres (préciser)	

ALLERGIES :

Alimentaires Médicamenteuses Autres (animaux, plantes, pollen...)

(Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir).

→ Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui Non

.....

.....

→ Recommandations utiles des parents (Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie...)

.....

.....

Je soussigné(e) responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Fait à :

Le :

Signature :