

Le jeune

Nom : Prénom :

Né(e) le Ecole fréquentée :

Lieu de naissance :Département ou pays :

Portable du jeune _ _ _ _ _

Adresse e-mail du jeune:.....

N° de Sécurité Sociale du parent sous lequel l'enfant est assuré:

La famille

Situation Familiale

Etes-vous (cochez la case correspondante) :

- Marié(e)
- Célibataire
- Divorcé(e)
- Veuf(ve)
- Séparé(e)
- En concubinage

Etes-vous affilié(s)

(même si vous ne percevez pas d'allocations)

- C.A.F
- M.S.A
- Autres

Père :

Nom : Prénom :

Adresse :

Profession :

Employeur :

Les numéros de téléphone :

Domicile :

Portable :

Professionnel :

Adresse e-mail :

Mère :

Nom : Prénom :

Adresse :

Profession :

Employeur :

Les numéros de téléphone :

Domicile :

Portable :

Professionnel :

Adresse e-mail :

**Personnes MAJEURES (autre que les parents) à prévenir en cas d'urgence.
A remplir OBLIGATOIREMENT**

Nom et prénom	Téléphone	Portable	Lien avec le jeune

Partie à remplir ou photocopie du carnet de vaccinations de l'enfant

Vaccins obligatoires	oui		non		Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie						Hépatite B	
Tétanos						Rubéole -Oreillons -Rougeole	
Poliomyélite						Coqueluche	
ou DT Polio						Autre (à préciser)	
ou Tétracoq						Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?	
BCG							

Mon enfant porte :

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

Est-ce que votre enfant présente des allergies alimentaires, médicamenteuses, aux pollens, ...? Suit-il un traitement de fond? Fait-il de l'asthme? Etc.

.....
.....

AUCUNE AUTOMÉDICAMENTATION N'EST AUTORISÉE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT (sauf ordonnance du médecin traitant)

Si l'enfant doit suivre un traitement médical, remettez les médicaments dans leur emballage d'origine à la Responsable ou Responsable Adjointe de l'Accueil de Loisirs en joignant une copie de l'ordonnance ainsi qu'une autorisation d'administration écrite et nominative à retirer au secrétariat.

- _ J'autorise l'espace jeunes à utiliser des photos sur lesquelles figure mon enfant, pour ses supports d'information .
- _ J'autorise la Responsable ou Responsable Adjointe de l'Accueil de Loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgences, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
- _ Je m'engage à payer l'intégralité des frais de séjours m'incombant ainsi que les frais médicaux et d'hospitalisation éventuels.
- _ Espace Jeunes n'est pas un mode de garde. Après avoir rempli les démarches administratives, les jeunes peuvent fréquenter le local librement pendant les horaires d'ouverture.
- _ J'approuve le règlement intérieur de l'espace jeunes qui m'a été communiqué
- _ J'autorise mon enfants à monter dans le véhicule personnel de l'animateur pour les déplacements en sorties,
- _ Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à le..... Signature des représentants légaux ou du jeune s'il est majeur

.....