

« **ESPACE JEUNES** » intercommunal

Dossier Renseignements « **JEUNE** »

JEUNE

(ATTENTION : Un dossier par JEUNE)



NOM : **Prénom :**

Sexe M F (Mettre une croix dans le qui convient)

E-mail :

Né(e) le / / à : N° du département :

N° de sécurité sociale : Nationalité :

FAMILLE

situation de la famille (Mariés, divorcé, pacsé, célibataire, autres) :

Mr ou Mme / Mr et Mr / Mme et Mme

Adresse où vit le jeune : Téléphone 1 :

..... Téléphone 2 :

..... FAX :

Adresse de facturation :

E-mail : **Régime** CAF MSA Autres :

Nombre Total d'Enfants : **N° allocataire complet** (CAF ou MSA) :

Nombre d'Enfants à Charge : **Quotient Familial** :

Assurance : N° de police

Fiche Père :

Nom : **Prénom**

Né(e) le : / / A :

N° de département : Nationalité :

Adresse :

.....

Téléphone :

Mobile :

Tel. Professionnel :

N° de sécurité sociale :

Profession :

Adresse Société :

Autorité Parentale : Oui / Non (Entourez la réponse)

Fiche Mère :

Nom : **Prénom**

Né(e) le : / / A :

N° de département : Nationalité :

Adresse :

.....

Téléphone :

Mobile :

Tel. Professionnel :

N° de sécurité sociale :

Profession :

Adresse Société :

Autorité Parentale : Oui / Non (Entourez la réponse)

FICHE SANITAIRE

Médecin	Adresse	Téléphone	Ville
PAI OUI / NON *		PPS OUI / NON *	
<i>*Entourez la réponse et rayez la mention inutile. Si la réponse est OUI remettez le protocole au DIRECTEUR</i>			

Vaccins	Dernière Vaccination	Prochaine Vaccination
BCG	_ / _ / ____	_ / _ / ____
COQUELUCHE	_ / _ / ____	_ / _ / ____
DIPHTERIE	_ / _ / ____	_ / _ / ____
DT POLIO	_ / _ / ____	_ / _ / ____
HEPATITE B	_ / _ / ____	_ / _ / ____
POLIOMYELITE	_ / _ / ____	_ / _ / ____
ROR	_ / _ / ____	_ / _ / ____
TETANOS	_ / _ / ____	_ / _ / ____
TETRACOQ	_ / _ / ____	_ / _ / ____

Maladies			Commentaires
ANGINE	OUI	NON	
COQUELUCHE	OUI	NON	
OREILLONS	OUI	NON	
OTITE	OUI	NON	
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	OUI	NON	
ROUGEOLE	OUI	NON	
RUBEOLE	OUI	NON	
SCARLATINE	OUI	NON	
VARICELLE	OUI	NON	

Allergie	Commentaires
ALIMENTAIRES	
ASTHME	
MEDICAMENTEUSES	
AUTRES	

<u>Antécédents Médicaux</u>	<u>Commentaires - Hospitalisation</u>

- J'autorise l'Hospitalisation de mon fils ou ma fille en cas de problème (obligatoire):
 L'établissement Hospitalier où le jeune sera transféré sera le plus proche. J'en serai informé en temps utile.

Fait à : _____ **Le :** _____

SIGNATURES (Père, Mère, Tuteur légal)
 Rajouter la mention "Lu et approuvé"

OBSERVATIONS particulières Ce que vous trouvez utile de nous signaler

--

Autorisations OBLIGATOIRES

		Commentaires
J'autorise mon fils / fille à se Baigner	oui / non	
J'autorise mon fils / fille à aller à la PISCINE ou sur une base de loisirs AQUATIQUE	oui / non	
J'autorise mon fils / fille à avoir son IMAGE photographiée ou filmée	oui / non	
J'autorise la DIFFUSION de l'image de mon fils / fille (affichage, presse, site ...)	oui / non	
J'autorise mon fils / fille à faire tout SPORT que l'espace jeunes lui proposera (Joindre une attestation médicale indiquant que le jeune peut faire du sport)	oui / non	
J'autorise mon fils / fille à prendre les TRANSPORTS collectifs que « l'espace jeunes » lui proposera (car, minibus)	oui / non	
J'autorise mon fils / fille à quitter « l'espace jeunes » lorsqu'il le souhaite et SEUL sachant que chaque heure commencée est due.	oui / non	
J'autorise mon fils / fille à quitter « l'espace jeunes » aux horaires officiels SEUL	oui / non	

Personnes Autorisées à Venir Chercher le jeune s'il n'est pas autorisé à partir SEUL

NOM et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec le jeune

Personnes à Contacter en Cas d'Urgence

NOM et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant

Je m'engage à informer et signaler tout changement auprès du directeur de la structure.

Je certifie avoir pris connaissance des horaires d'ouverture de « l'espace jeunes », du règlement intérieur de la structure et je m'engage à le respecter en tout point.

Fait à :

Le :

Signatures (Père, Mère, Tuteur légal)
Rajouter la mention "Lu et approuvé"

Documents OBLIGATOIRES à fournir :

- Photocopie du livret de famille Complet (jeune et parents)
- Justificatif du quotient familial CAF ou MSA
- Photocopie attestation d'assurance et responsabilité civile
- Photocopie du carnet de vaccination
- Attestation médicale pour la pratique du sport

ATTENTION : Le jeune sera considéré comme pouvant être accueilli sous la responsabilité de « l'espace jeunes » une fois que le dossier sera rendu complet.