

Espace jeunes

NOM et PRENOM du jeune :

Date de naissance: / /

Garçon

Fille

Encart réservé aux personnel

Année scolaire	photo	attestation Assurance	vaccins	chèque d'adhésion	adresse mail	Date de signature	Signature pe

Coordonnées à remplir qu'une fois si ce sont les mêmes	Parent 1	Parent 2
Nom et Prénom		
Date de naissance		
Profession, nom et adresse de l'employeur		
Téléphone fixe	/ / / /	/ / / /
Téléphone portable	/ / / /	/ / / /
Téléphone travail	/ / / /	/ / / /
Adresse postale		
Adresse mail	@	@
Régime social	<input type="checkbox"/> CPMA <input type="checkbox"/> Spécial <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> CPMA <input type="checkbox"/> Spécial <input type="checkbox"/> Autre :

Noms, prénom, et date de naissance des frères et sœurs qui ne fréquentent pas l'association :

.....
.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant	Adresse	Numéro de téléphone

L'enfant a t'il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	OTITE	VARICELLE	SCARLATINE	ROUGEOLE	ANGINE	COQUELUCHE	OREIL
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non

L'enfant a-t-il des allergies ?

		Commentaires et conduite à tenir
ASTHME	Oui Non	
MÉDICAMENTEUSES	Oui Non	
ALIMENTAIRES	Oui Non	
AUTRE	Oui Non	

Recommandations utiles des parents : (lunettes, prothèse, difficultés de santé, traitement médical) ...

.....

LES AUTORISATIONS PARENTALES

Je (nous) soussigné(s),.....

AUTORISE(NT) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à l'accueil :

Nom et Prénom				
Lien avec l'enfant				
Téléphone	/ / / /	/ / / /	/ / / /	/ / / /

AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

Espace jeunes (journal de bord, fresque ...)	Oui Non
La presse Locale	Oui Non
Le site internet de l'Accueil et/ou de l'Association	Oui Non

AUTORISE(NT) le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DEMANDE(NT) au responsable en cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma(notre) responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance.

CERTIFIE(NT) avoir pris connaissance du Règlement de Fonctionnement de l'espace jeune ainsi que du Projet Pédagogique.

Signature du père
Date et mention « lu et approuvé »

Signature de la mère
Date et mention « lu et approuvé »

Signature du tuteur légal
Date et mention « lu et approuvé »