

**Réservé à la structure**

- Livret de famille     Mandat SEPA  
 Attestation d'assurance     Vaccins

## SERVICE JEUNESSE 2019 - 2020

### LE JEUNE

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

Date de Naissance :    /    /    Garçon  Fille

N° de téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

### REPRESENTANT LEGAL (1)

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Mère     Père     Autre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP/Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone 1 : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Téléphone 2 : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Recevoir les infos et programmes par mail

### REPRESENTANT LEGAL (2)

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Mère     Père     Autre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP/Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone 1 : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Téléphone 2 : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Recevoir les infos et programmes par mail

### PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si impossibilité de joindre les parents).

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° de tél : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Lien avec le jeune : \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° de tél : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Lien avec le jeune : \_\_\_\_\_

**Montant de l'adhésion de septembre 2019 à août 2020 : 4€**

### AUTORISTATIONS

**DROIT A L'IMAGE** OUI  NON

J'autorise la mairie à utiliser les images et photos de mon enfant prises durant les activités extrascolaires, conformément à l'article 9 du Code Civil sur le droit à l'image des personnes, sur les communications communales (site internet, bulletin municipal, page FB, ...).

**AUTORISATION DE TRANSPORT** OUI  NON

J'autorise le personnel du service à transporter mon enfant pour se déplacer sur le lieu d'une activité située hors du lieu d'accueil (*transport en car, minibus, voiture si besoin*).

### UNIQUEMENT POUR LES 11/13 ANS

J'autorise mon enfant à aller et venir à sa guise sur les horaires d'ouverture du local jeune (14h/18h). Il peut quitter la surveillance de l'animatrice.

Barrez cette phrase si vous ne la cochez pas.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

N° de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Nom et  du médecin traitant \_\_\_\_\_

Le jeune suit-il un traitement médical ?

OUI  NON  (si oui, joindre une ordonnance récente)



**Tout traitement médical sans ordonnance ne pourra être donné.**

**VACCINS OBLIGATOIRES** → Merci de joindre la photocopie des vaccins (carnet de santé)

Diphtérie OUI  NON  Ou DT polio OUI  NON

Tétanos OUI  NON  Ou Tétracoq OUI  NON

Poliomyélite OUI  NON

**LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

Varicelle  Rubéole  Oreillons  Scarlatine  Angine  Coqueluche  Otite  Rougeole

**ALLERGIES :**

Asthme  Alimentaires  Médicamenteuses  AUTRES (précisez) \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

---

---

---

**DIFFICULTÉS DE SANTÉ, RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER, RECOMMANDATIONS DES PARENTS**

Indiquez-ci-dessous : *Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...* en précisant les **dates** et les **précautions** à prendre.

---

---

---

---

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal du jeune :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- Autorise le maire ou/et son représentant à prendre le cas échéant, toutes mesures (médicales, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de santé du jeune.
- **Atteste avoir lu le règlement intérieur du service et m'engage à le respecter.**

Date :

Signatures précédé de la mention « lu et approuvé » :

Le jeune :

Les représentants légaux :