

NOM et Prénom du jeune : _____

Né(e) le : ____/____/____ À : _____

☐ Garçon ☐ Fille

Numéro de téléphone du jeune : _____._____._____._____._____

Ajout au groupe WhatsApp de l'Espace Jeunes : ☐ oui ☐ non ☐ j'y suis déjà

E-mail du jeune : _____@_____

Votre choix pour les repas :

☐ Avec viande ☐ Végétarien ☐ P.A.I.

RESPONSABLES LÉGAUX DU JEUNE :

E-mail des parents : _____@_____

_____@_____

RESPONSABLE LÉGAL N°1 :

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Tel : _____._____._____._____._____

Ajout au groupe WhatsApp : ☐ oui ☐ non

RESPONSABLE LÉGAL N°2 :

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Tel : _____._____._____._____._____

Ajout au groupe WhatsApp : ☐ oui ☐ non

Numéro d'allocataire C.A.F : _____

Quotient Familial : _____

MSA n° : _____

En cas d'urgence, et s'il n'est pas possible de joindre les responsables légaux du jeune, prévenir :

NOM Prénom : _____ Téléphone : _____._____._____._____._____

NOM Prénom : _____ Téléphone : _____._____._____._____._____

DÉCLARATION DES RESPONSABLES LÉGAUX :

Je soussigné(e) _____, responsable légal désigné ci-dessus :

☐ autorise mon enfant à participer aux activités de l'Espace Jeunes,

☐ autorise l'Espace Jeunes ou la commune de Vaulnaveys-le-Haut à publier sur son site internet et autres documents édités, les photos d'activités sur lesquelles pourraient apparaître mon enfant,

☐ autorise l'Espace Jeunes à m'envoyer des informations sur mon adresse e-mail,

☐ déclare avoir reçu et pris connaissance du règlement intérieur, m'engage à respecter et à le faire respecter par mon enfant.

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ :

J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile quand il le souhaite : ☐ oui ☐ non

Autres personnes habilitées à venir chercher le jeune :

NOM Prénom : _____ Téléphone : _____._____._____._____._____

NOM Prénom : _____ Téléphone : _____._____._____._____._____

Fait à Vaulnaveys-le-Haut, le ____/____/_____

Signature obligatoire

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche est obligatoire, elle permet de recueillir des informations utiles pour la connaissance de votre enfant.

NOM : _____

Prénom : _____

VACCINATIONS :

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccinations obligatoires & recommandées	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie/Tétanos/Polio				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Hépatite B				Coqueluche	
BCG				Test tuberculiques	
Autres (préciser)				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant les activités ? ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments avec notice dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Maladies	Oui	Non	Maladies	Oui	Non	Maladie	Oui	Non
Rubéole			Varicelle			Angine		
Rougeole			Scarlatine			Coqueluche		
Otite			Oreillons			Rhumatisme articulaire aigü		

ALLERGIES :

☐ Asthme ☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuse ☐ Autres : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, à signaler) :

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc... précisez :

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et cette fiche sanitaire de liaison, et autorise le responsable de l'activité à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésies, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Vaulnaveys-le-Haut, le ____/____/____

Signature obligatoire