

FICHE DE RENSEIGNEMENTS STRUCTURES DE LOISIRS

JOINDRE UNE ATTESTATION DE RESPONSABILITE CIVILE OU ATTESTATION D'ASSURANCE SCOLAIRE

Ecrire en MAJUSCULES S.V.P. et au stylo noir – Remplir une fiche par enfant

STRUCTURE FREQUENTEE

Restauration Accueil de loisirs Louise Michel	<input type="radio"/>	Restauration Accueil de loisirs Petit Prince <input type="radio"/> Prévert 1 <input type="radio"/>	Espace Ados Janusz Korczak	<input type="radio"/>
			Espace Jeunesse	<input type="radio"/>

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT/LE JEUNE

Nom : Prénoms :
Date et lieu de naissance : Sexe F M
Ecole : Classe :
 Maternelle Elémentaire Collège Lycée Autre

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

RESPONSABLE LÉGAL 1 PÈRE MÈRE TUTEUR INSTITUTION

Nom et prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone domicile : Portable :
Adresse Email :
Profession :
Nom de l'employeur : Téléphone professionnel :
Adresse de l'employeur :
Code Postal : Ville :

Situation familiale

Pacsé Marié Célibataire Union libre Divorcé Séparé Veuf/veuve

En cas de jugement, merci de bien vouloir nous en fournir une copie

RESPONSABLE LÉGAL 2 PÈRE MÈRE TUTEUR INSTITUTION

Nom et prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone domicile : Portable :
Adresse Email :
Profession :
Nom de l'employeur : Téléphone professionnel :
Adresse de l'employeur :
Code Postal : Ville :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE (Espace Ados & mineurs du service jeunesse uniquement)

Je soussigné
Certifie avoir examiné ce jour
et que son état de santé ne présente aucune contre pratique de tous les sports traditionnels.
- **Sports contre indiqués** :
.....
Date : Signature :

Cachet du médecin

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT L'ENFANT/LE JEUNE

L'enfant a-t-il des allergies ? (fournir le PAI)

Alimentaire (signer un protocole avec la municipalité) Autre

Précisez :

Asthme

Repas sans porc Oui Non

VACCINATIONS ET SÉRUM (joindre une copie du carnet de vaccination ou du carnet de santé à jour)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie				BCG			
Tétanos				ROR			
Poliomyélite				Coqueluche			
Pneumocoque				Hépatite B			
Meningocoque				Haemophilus Influenzae			

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

L'enfant suit un traitement médical, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Espace Ados/Maison des Jeunes		
<ul style="list-style-type: none"> • Mon enfant fréquente l'Espace Ados/la Maison des jeunes. Je l'autorise à : • Venir seul sur la structure • Repartir seul de la structure 	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Accueils de loisirs		
<ul style="list-style-type: none"> • Autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités des accueils de loisirs et participer aux sorties de la commune. 	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Droit à l'image		
<ul style="list-style-type: none"> • Autorise mon enfant à être photographié et filmé dans le cadre des activités proposées et accepte que ces photos ou films soient utilisés dans les supports de communications de la commune. 	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Interventions médicales		
<ul style="list-style-type: none"> • Autorise l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant l'enfant (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie) 	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

AUTORISATIONS PARENTALES OBLIGATOIRES

PERSONNE(S) À JOINDRE EN CAS D'URGENCE EN DEHORS DES PARENTS ET/OU AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM	PRENOM	ADRESSE	TEL DOMICILE	PORTABLE

Je soussigné.....
Père, Mère, Tuteur, Responsable légal de l'enfant
reconnais l'exactitude des renseignements communiqués.

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » rédigée à la main

Pôle Enfance, Jeunesse et Sports
35 avenue Jean Jaurès
91560 Crosne
01 69 49 64 25
jeunesseetsports@crosne.fr

