

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ESPACE JEUNES DE LA CÔTE DES ISLES

Identité du jeune

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Num de portable :

Responsable légal du jeune

Nom : Prénom :

Adresse

.....

.....

N° de Téléphone du responsable légal :

.....

N° Allocataire :

Allocataire CAF / CAF pêche / MSA

Renseignements médicaux concernant le jeune

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance

Photocopies des vaccins à jour

Allergies :

- Asthme : Oui Non Médicamenteuse : Oui Non

- Alimentaires : Oui Non Autres : Oui Non

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

Je soussigne(e),

.....responsable légal du

jeune :

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'espace jeune

- autorise mon enfant à se rendre de manière libre et autonome à l'espace jeunes durant les heures d'ouverture.

Il est donc libre d'aller et de venir, et responsable de ses actes lorsqu'il n'est plus dans l'espace jeunes.

- autorise l'utilisation de l'image de mon enfant dans le cadre de promotion des activités de l'espace jeunes.

- autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées par les organisateurs de l'accueil jeunes avec ou sans transport (lorsque mon enfant est inscrit à ces activités)

- dégage l'organisateur de toutes responsabilités en cas de perte ou vol d'effets personnels

- et autorise le responsable de l'accueil jeune à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à, le

Signature du responsable :