

## Renseignements médicaux :

Vaccins obligatoires	oui	non	dates des derniers rappels
Tétanos			
Ou DT polio			
Ou Tétracoq			
BCG			

Y a t'il des renseignements concernant la santé du jeune que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel d'animation ?

oui  non  ; si oui lesquels ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Joindre une photocopie du carnet de santé de l'enfant !

En cas d'accident, le jeune doit-il être conduit dans un établissement ou chez un médecin particulier ? Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

En cas d'accident grave, l'équipe d'animation a pour consigne de prévenir immédiatement les pompiers et d'avertir les parents ou les personnes indiquées (*n° de téléphones en cas d'urgence*). En cas d'accident bénin, les parents ou les personnes indiquées sont consultées pour prendre les décisions utiles au bien-être de l'enfant.

Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance.

## Autorisation parentale :

Je, soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Responsable de: \_\_\_\_\_

Autorise la structure à utiliser photos et vidéos prises dans le cadre des activités :

oui

non

Autorise le personnel d'animation de L'Espace Jeunes à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer des interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin dans le cas où je ne serais pas joignable et m'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels :

oui

non

Autorise mon enfant à quitter seul l'Espace jeunes après les activités :

oui

non

Je soussigné .....responsable(s) légal(aux) de l'individu certifie avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement, m'engage à les respecter et déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Fait à ..... le .....

Signature du jeune

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

Signature du responsable légal

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

# Espace Jeunes

## les francas

L'éducation en mouvement !

Fiche d'inscription  
Année 2013-2014

N° de téléphones en cas d'urgence  
(noms et numéros) :


NOM du jeune : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ville de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe : M  F

Etablissement scolaire : \_\_\_\_\_

@: \_\_\_\_\_

Ces renseignements sont confidentiels, ils sont destinés au personnel d'animation pour garantir les meilleures conditions d'accueil de votre enfant.

## Identité des parents :

NOM du père : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

☎ (travail) : \_\_\_\_\_

n° portable : \_\_\_\_\_

@ : \_\_\_\_\_

NOM de la mère : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

☎ (travail) : \_\_\_\_\_

n° portable : \_\_\_\_\_

@ : \_\_\_\_\_

→ N° d'Allocataire à la CAF d'I&V : \_\_\_\_\_

Si vous n'êtes pas ressortissant du régime général, quel est votre régime : \_\_\_\_\_

→ N° de Sécurité Sociale (de la personne qui assure la couverture sociale de l'enfant) :

--

→ Assurance Responsabilité Civile de votre enfant, Compagnie : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ reconnait avoir eu connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance responsabilité civile individuelle.

→ Merci de joindre les bons caf ou msa, si vous en êtes bénéficiaires.

→ Veuillez entourer le groupe de quotients familiaux et fournir le justificatif:

A	B	C	D	E
- de 508,99	De 509 à 566,99	De 567 à 799,99	De 800 à 1499,99	+ de 1500