



LEO LAGRANGE MEDITERRANEE MAIRIE DE SAINT ZACHARIE

ESPACE JEUNES 12-17 ANS



ANNEE SCOLAIRE 2021-2022

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :
 CLASSE FREQUENTEE : COLLEGE :
 ADRESSE EMAIL du Jeune :

Santé :

⊕ MEDECIN TRAITANT : NOM : ☎ :
 ⊕ VACCINATIONS : Joindre la photocopie du carnet de santé
 ⊕ RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE JEUNE POUVANT ETRE UTILES :

Suit-il un traitement ? Oui Non **Si oui :** (joindre une ordonnance, une autorisation parentale, les médicaments, ainsi que l'attestation du médecin pour le traitement)

A-t-il un repas spécial ou Régime Alimentaire ? Oui Non

Si oui : (précisez)

A-t-il une allergie ?

- Allergies alimentaires Oui Non **Si oui, à préciser :**
 - Allergies médicamenteuses Oui Non **Si oui, à préciser :**
 - Allergies autres Oui Non, **Si oui, à préciser :**
 - A-t-il un P.A.I ? (Protocole d'Accord Individualisé) Oui Non

Si oui, qu'elle est la conduite à tenir et joindre une copie du document :

⊕ MALADIES DEJA CONTRACTEES : (cocher les cases correspondantes)

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

MERE

PERE

NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Tél. portable :	Tél. portable :
Adresse :	Adresse :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Tél. pro :	Tél. pro :

Email des parents :

Situation Familiale :

- Célibataire: Si conjoint, **Nom Prénom** :
- Marié(e) : **Nom Prénom** :
- Concubinage, Pacs : **Nom Prénom** :
- Divorcé(e) : **Nom, Prénom** :
- Séparé(e) : **Nom, Prénom** :
- Veuf (ve) : **Nom, Prénom** :

En cas de divorce ou séparation, le Jeune peut-il être récupéré par :

La Mère Oui Non **Nom Prénom** :

Le Père Oui Non **Nom Prénom** :

(Si non, joindre un document juridique officiel)

✦ **NOMBRE D'ENFANT AU FOYER** :

✦ **N° DE SECURITE SOCIALE** :

✦ **ATTESTATION DES COMPAGNIES D'ASSURANCE** « **RESPONSABILITÉ CIVILE** » **ET INDIVIDUELLE ACCIDENT** » (attestations ou photocopies obligatoires)

Nom et n° d'adhérent :

Nom et n° d'adhérent :

✦ **N° DE CAF** : **REGIME** : GENERAL MSA

QUOTIENT FAMILIAL :

Personnes majeures habilitées à venir chercher l'enfant :

NOM : ☎ : Parenté :

NOM : ☎ : Parenté :

NOM : ☎ : Parenté :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je, soussigné(e),, Responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur de l'Espace Jeunes à :

- Prendre, le cas échéant, toutes les mesures (soins médicaux, appels des urgences, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune Oui Non
- Prendre des photos ou films dans le cadre des activités Oui Non
- Mettre les photos ou films sur le site internet de Léo Lagrange St Zacharie Oui Non
- Accéder à mon compte CAF sur CAF PRO pour connaître mon quotient familial Oui Non
- J'autorise mon enfant à prendre part à toutes les activités et sorties organisées par l'espace Jeunes Oui Non
- Mon enfant est autorisé à sortir seul à la fin des activités et des sorties Oui Non
- Mon enfant est autorisé à partir seul à la fin des soirées Oui Non
- Mon enfant est autorisé à prendre les transports collectifs et, en communs avec L'Equipe d'Encadrement Oui Non

Je reconnais avoir pris connaissance du fonctionnement de l'Espace Jeunes et autorise mon enfant à venir et partir librement de la structure.

Fait à Saint-Zacharie le :

EN CAS D'URGENCE PREVENIR : **NOM** :

☎ :

Signature des deux Parents