



PHOTO

ESPACE JEUNESSE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(Merci de ne pas plier ce document)

ADHERENT

Nom : Prénom :

Etablissement scolaire fréquenté : Classe :

Date de naissance : Lieu :

Adresse de l'adhérent :

- 1^{er} représentant légal : Père Mère Tuteur

Adresse :

Téléphone Domicile :/Téléphone portable :

Téléphone employeur :

Courriel :(pour recevoir les infos « Espace Jeunesse »)

- 2^{ème} représentant légal : Père Mère Tuteur

Adresse :

Téléphone Domicile :/Téléphone portable :

Téléphone employeur :

Courriel :(pour recevoir les infos « Espace Jeunesse »)

ANNEE SCOLAIRE 20 -- / 20 --

ACTIVITE « PISCINE »

Je (nous) soussigné(s)..... autorise (ons) mon (notre) enfant,

..... à pratiquer l'activité « piscine » dans le

cadre de l'Espace Jeunesse : OUI NON

PHOTOS

Je (nous) soussigné(s)..... autorise(ons) la prise de

photos de mon (notre) enfant,..... dans le cadre des activités

de l'Espace Jeunesse : OUI NON

ASSURANCE

- Nom et adresse de la compagnie d'assurance :

Numéro de police :

(Merci de joindre une attestation d'assurance)

- L'adhérent a-t-il une assurance extrascolaire :.....

.....

- Les parents ont-ils une assurance Responsabilité Civile :

.....

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
B.C.G.					

Si l'adhérent n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ADHERENT



IMPORTANT : fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive et à la natation.

L'adhérent suit-il un traitement médical? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

ALLERGIES : ASTHME OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON

MEDICAMENTEUSES OUI NON
AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....
.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

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

.....
.....
.....
.....
.....

GROUPE SANGUIN :

Numéro de sécurité sociale dont dépend l'adhérent.....

Nom et adresse du centre de sécurité sociale :

.....

Mutuelle :

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant habituel :

.....

.....

En cas d'urgence, un adolescent accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté (SAMU). La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille. Veuillez nous faciliter la tâche en nous donnant un numéro de téléphone où vous êtes joignables à tout moment.

1. Personne à prévenir en cas d'urgence :M. Mme

Adresse :

..... Tél.....

2. Personne à prévenir en cas d'urgence :M. Mme

Adresse :

..... Tél.....

3. Personne à prévenir en cas d'urgence :M. Mme

Adresse :

..... Tél.....

Personnes pouvant prendre la responsabilité de l'enfant en cas d'absence des représentants légaux (de façon ponctuelle)

A SIGNALER LE JOUR MÊME

Nom Prénom	Lien de parenté	Téléphone

J'autorise mon enfant à venir et à rentrer seul à 17h30, après l'espace jeunesse.

Fait à, le

Signature du représentant légal