



ESPACE JEUNES

FICHE DU JEUNE

Nom :

Sexe : Masculin Féminin

Prénom(s) :

Âge de l'enfant:.....

Date de naissance :... / ... /

Lieu de naissance :

Médecin traitant : Ville :.....

Téléphone portable enfant(s) : /...../...../...../..... /...../...../...../.....

Allergie(s)

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

Régime alimentaire

Antécédents médicaux

Maladie(s)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Vous devez joindre la photocopie des vaccinations de votre jeune : OBLIGATOIRE

La fiche sanitaire ci-jointe doit être remplie entièrement, datée et signée

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) : Oui Non



ESPACE JEUNES

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, 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 pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

SI IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :

- DE LA CMU
 D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____



ESPACE JEUNES

FICHE FAMILLE

Situation familiale :

Nombre total d'enfants : Nombre total d'enfants à charge :

FICHE PARENTALE

Mère

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Ville :

Code postal :

Téléphone fixe : ... / ... / ... / ... / ...

Téléphone Portable : ... / ... / ... / ... / ...

Mail :@.....

Profession :

Nom de la société et ville :

.....

Téléphone professionnel fixe :

... / ... / ... / ... / ...

Téléphone professionnel portable :

... / ... / ... / ... / ...

Autorité parentale : oui non

Si **NON** joindre un justificatif

Père

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Ville :

Code postal :

Téléphone fixe : ... / ... / ... / ... / ...

Téléphone Portable : ... / ... / ... / ... / ...

Mail :@.....

Profession :

Nom de la société et ville

.....

Téléphone professionnel fixe :

... / ... / ... / ... / ...

Téléphone professionnel portable :

... / ... / ... / ... / ...

Autorité parentale : oui non

Si **NON** joindre un justificatif



ESPACE JEUNES

ASSURANCE DE RESPONSABILITE CIVILE DE L'ANNEE EN COURS

Vous devez joindre la photocopie de l'assurance : **OBLIGATOIRE**

Nom de l'établissement :

N° d'assurance :

Date de l'échéance : / /

MUTUELLE

Nom de l'établissement :

N° d'adhérent :

AIDES AUX VACANCES

CAF (aide aux loisirs et aux temps libres) MSA (Pass évasions jeunes) Comité d'entreprise

Adresse :

.....

N° d'allocataire :

.....

AUTORISATIONS

Veillez remplir toutes les autorisations datées et signées : **OBLIGATOIRE**

(*) Rayer les mentions non autorisées

Autorisation aux soins

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

- AUTORISONS le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de notre jeune en le transportant aux urgences par les services de secours
- DÉCHARGEONS la direction de la structure de toutes les responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.
- AUTORISONS l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

A

Le

mention « lu et approuvé »

Signatures



ESPACE JEUNES

- AUTORISONS les personnes ci-dessous mentionnées devant être prévenues dans les plus brefs délais et DEMANDE(NT) au personnel de la structure en cas de maladie de mon adolescent, d'administrer sous ma responsabilité (double de l'ordonnance)

- les médicaments prescrits par mon médecin traitant suivant le protocole donné.
- **uniquement** les traitements à long terme selon les prescriptions du médecin traitant

A Le mention « lu et approuvé »
 Signatures

Conditions de départ du jeune dans le cadre de la réglementation des ACCEM (Accueil Collectifs à Caractère Educatif de Mineurs),

Autorisation à sortir seul (11-14ans)

Les jeunes âgés de 11 à 14 ans, DOIVENT RESTER dans la structure de l'ouverture à la fermeture (heures fixes et définies)

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

- AUTORISONS notre enfant à rentrer seul à la maison pendant l'ouverture de l'Espace Jeunes :

Oui Non Ponctuellement

Si ponctuellement JOINDRE une autorisation écrite à chaque sortie pendant le temps d'accueil.

- AUTORISONS notre enfant à rentrer accompagné de la personne sur le document ci dessous.

Oui Non

A Le mention « lu et approuvé »

Signatures des parent(s) :

Signatures du Jeune :

Autorisation à sortir seul (14-17 ans)

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

- AUTORISONS, dans le cadre réglementaire de l'Espace Jeunes, notre enfant à sortir seul de l'établissement (sortie libre) ainsi que rentrer seul à la maison pendant l'ouverture de l'Espace Jeunes :

Oui Non

A Le mention « lu et approuvé »

Signature



ESPACE JEUNES

Conditions de départ du jeune : personnes autorisées

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

- AUTORISONS les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon adolescent à la structure sur présentation de leur pièce d'identité.

Nom et prénom	Téléphones	Lien de parenté

A Le mention « lu et approuvé »
Signatures

Autorisation de filmer ou de photographier

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

- AUTORISONS que notre enfant soit filmé et /ou photographié (**uniquement photo de groupes**) aux fins d'utilisation par :
 - La structure elle-même (Gramat info,...)
 - Le Service Communication de la ville ou de la communauté de communes.
 - La presse (La Dépêche, La Vie quercynoise)
 - Le site internet municipal et autres supports informatiques de la structure (CD ROM) lié à un projet de l'Espace Jeunes (séjours, animations,...)
- CERTIFIONS que si je reçois/nous recevons les photos ou les films, de ne pas les utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

A Le mention « lu et approuvé »
Signatures des parent(s) : Signatures du Jeune :

Autorisation de consultation du site CAFPRO



ESPACE JEUNES

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

- AUTORISONS la direction à consulter notre dossier allocation CAFPRO, afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations des ressources financières.
Numéro d'allocataire :

A Le mention « lu et approuvé »
Signatures

Autorisation à participer aux diverses activités et aux sorties organisées

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

- AUTORISONS notre jeune à participer aux diverses activités et aux sorties organisées par « L'Espace Jeunes ». En outre, j'assure que mon jeune n'as pas de problèmes médicaux particuliers. Je joins un certificat médical de mon médecin attestant uniquement une contre-indication à la pratique d'une activité.

A Le mention « lu et approuvé »
Signatures

Autorisation de transport en commun et / ou en minibus communal (Gramat)

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

- AUTORISONS notre jeune à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties pédagogiques.

A Le mention « lu et approuvé »
Signature

Règlement de fonctionnement

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

- CERTIFIONS avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous engageons à respecter toutes les clauses.

A Le mention « lu et approuvé »
Signatures parent(s) : Signatures du jeune :

Les informations recueillies feront l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi des membres affiliés à la Fédération et à la gestion des licences. A ce titre, le site a fait l'objet d'une déclaration réglementaire à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Si vous choisissez NON, les informations ne pourront pas être utilisées à des fins commerciales, associatives ou humanitaire. (Déclaration ABELIUM WEB)1447977.