

# Fiche de renseignements Accueil jeunes



## LE/LA JEUNE

NOM : ..... Prénom : .....



Adresse : .....

Code Postal : ..... VILLE : .....

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

Classe : ..... Nom du collège ou du lycée : .....



## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Sexe : Masculin  Féminin

Allergies :



Asthme



Alimentaire



Médicamenteuse



Autre : .....

Cause(s) et conduite à tenir : .....  
.....  
.....  
.....



**Recommandations utiles :** Lunettes, appareil auditif, appareil dentaire, etc.

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




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

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



## PARENTS 1

NOM : ..... Prénom : .....

 Adresse : .....

Code Postal : ..... VILLE : .....

 Téléphone domicile : ...../...../...../...../...../  
Téléphone portable : ...../...../...../...../...../

### Régime d'allocations familiale :

Numéro d'allocataire : .....

Quotient familial : .....



CAF




MSA

J'autorise une personne de la Maison des Squares habilitée à consulter mon dossier allocataire pour connaître mon quotient familial



## PARENTS 2

NOM : ..... Prénom : .....

 Adresse : .....

Code Postal : ..... VILLE : .....

 Téléphone domicile : ...../...../...../...../...../  
Téléphone portable : ...../...../...../...../...../



## AUTORISATIONS



**Droit à l'image :** utilisation des photos et vidéos par la Maison des Squares pour illustrer les activités.

Oui  Non



**Rentrer seul :** autorisation à rentrer seul après l'activité.

Oui  Non



**Personnes autorisées à récupérer le jeune :**

NOM : ..... Prénom : .....

NOM : ..... Prénom : .....



J'autorise les animateurs à transporter mon enfant sur les lieux d'activités (minibus, car, ...) ou à prendre les transports communs.



J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties éventuelles organisées par les structures d'accueil.



J'autorise la direction de l'accueil à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

**Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.**

Date : ...../...../.....

Signature :