

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 familiale :



CAF




MSA

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



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 :