

Autorisations et déclarations

Je soussigné(e) _____, responsable légal(e) de l'enfant _____, inscrit mon enfant au local jeunes.

Je prends connaissance que des sorties nécessitant un déplacement sont susceptibles d'être organisées dans le cadre du local jeunes.

Je prends connaissance que le responsable de l'activité prendra les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale pour mon enfant.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du local jeunes et je m'engage à ce que mon enfant respecte ces règlements.

Date :

Signature :

I/ Renseignements concernant le foyer

- Père:

M. Nom : _____ Prénom : _____

Autorité parentale : oui non

Situation familiale : marié pacsé célibataire divorcé concubinage

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone professionnel (préciser si numéro de service ou ligne directe) : _____

Adresse mail : _____

Acceptez-vous de recevoir des informations par mail : oui non

- Mère:

Mme Nom : _____ Prénom : _____

Autorité parentale : oui non

Situation familiale : mariée pacsée célibataire divorcée concubinage

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone professionnel (préciser si numéro de service ou ligne directe) : _____

Adresse mail : _____

Acceptez-vous de recevoir des informations par mail : oui non

- Autre représentant :

Tuteur Famille d'accueil

Mme – M / Organisme : _____

Nom – Prénom / Personne référente : _____

Autorité parentale : oui non

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone professionnel (préciser si numéro de service ou ligne directe) : _____

Adresse mail : _____

Acceptez-vous de recevoir des informations par mail : oui non

- **Personnes autorisées à venir chercher l'enfant et/ou à prévenir en cas d'urgence**

(autre que le père, la mère ou autre représentant)

J'autorise mon enfant à rentrer seul :

Oui Non

NOM	Prénom	Qualité (grand-parent, frère.....)	Numéro de téléphone	
				<input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence
				<input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence
				<input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence
				<input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence
				<input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence
				<input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence
				<input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence

Sans cette autorisation nominative, votre enfant ne sera remis à aucune autre personne

- **Assurance et numéro allocataire**

L'enfant doit être couvert par une assurance civile individuelle d'accident corporel.

Nom et adresse de la compagnie d'assurance : _____

N° de contrat en cours de validité : _____

N° allocataire CAF ou MSA : _____

Date :

Signature :

II/ Renseignements concernant l'enfant

- **Enfant :**

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : Fille Garçon

Date de naissance : _____

Portable : _____

Mail : _____

J'autorise les prises de vues et l'utilisation des images de mon enfant - à titre gracieux - par la commune de la Chapelle Saint Aubin : Oui Non

- **Renseignements sanitaires**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

Nom du médecin traitant de l'enfant : _____

Téléphone : _____

1) Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) possibilité de joindre la copie du carnet de santé.

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	Dates
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				Méningite	
OU Tétracoq				BCG	
				Autres (préciser)	

2) Recommandations utiles

L'enfant porte-t-il :

- Des lunettes ou lentilles ?
- Des appareils auditifs ?
- Des aérateurs transtympaniques (« yo-yo ») ?
- Des appareils dentaires ?
- Autre, préciser : _____

3) Renseignements médicaux concernant l'enfant

- L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE

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

Rubéole <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Varicelle <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Angine <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Scarlatine <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Coqueluche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Otite <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Rougeole <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Oreillons <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

- L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme oui non

Alimentaires oui non lesquelles : _____

Médicamenteuses oui non lesquelles : _____

Autres oui non lesquelles : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre l'ordonnance) :

Indiquez ci-après :

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

4) Responsable de l'enfant

Je soussigné(e), _____, responsable légal(e) de l'enfant _____, déclare exacts, les renseignements portés sur cette fiche et autorise la collectivité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

III/ Autorisations et déclarations

Je soussigné(e) _____, responsable légal(e) de l'enfant _____, déclare exacts tous les renseignements et informations mentionnés ci-dessus.

Je prends connaissance que des sorties nécessitant un déplacement sont susceptibles d'être organisées dans le cadre du local jeunes.

Je prends connaissance que le responsable de l'activité prendra les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale pour mon enfant.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du local jeunes et je m'engage à ce que mon enfant respecte ce règlement.

Date :

Signature :

Fiche à remplir uniquement pour les enfants qui ont déjà rempli un dossier unique (si des modifications sont à apporter)

- Personnes autorisées à venir chercher le/les enfant(s) et/ou à prévenir en cas d'urgence (autre que le père, la mère ou autre représentant)

J'autorise mon enfant à rentrer seul :

Oui Non

NOM	Prénom	Qualité (grand-parent, frère.....)	Numéro de téléphone	
				<input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence
				<input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence
				<input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence
				<input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence
				<input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence
				<input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence
				<input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence

Sans cette autorisation nominative, votre (vos) enfant(s) ne sera(ont) remis à aucune autre personne