

☐ Adhésion payée (10€) – espèces ou chèque à l'ordre du trésor public

1. Jeune

Nom : Prénom :

Garçon ☐ Fille ☐ Autre ☐

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

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél portable (du jeune) :/...../...../...../.....

Mail (du jeune) :

Documents à joindre avec cette fiche :

1. Copie du carnet de vaccinations (obligatoire)
2. Test d'aisance aquatique
3. PAI (si concerné)

2. Vaccination

☐ Je certifie que mon enfant est à jour de ses vaccinations et je joins à cette fiche la copie du carnet de vaccinations

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires : joindre un certificat médical de contre-indication

Selon l'article R.3111-8 du Code de la santé publique un jeune a le droit de se présenter en ACM sans vaccination mais est dans l'obligation de se faire vacciner dans les 3 mois qui suivent sont adhésion.

3. Renseignements médicaux du jeune

LE JEUNE A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE oui ☐ non ☐	VARICELLE oui ☐ non ☐	ANGINE oui ☐ non ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AÏGU oui ☐ non ☐	
COQUELUCHE oui ☐ non ☐	OTITE oui ☐ non ☐	ROUGEOLE oui ☐ non ☐	OREILLONS oui ☐ non ☐	SCARLATINE oui ☐ non ☐

Le jeune est-il reconnu AEEH ? Oui ☐ Non ☐

Le jeune suit-il un traitement médical ?

Oui ☐ Lequel ? Non ☐

ALLERGIES

ASTHME oui ☐ non ☐	MÉDICAMENTEUSE oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRE oui ☐ non ☐	Autres

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

(si automédication le signaler)

.....

.....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ? (Précisez)

.....

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ ET TROUBLES DU COMPORTEMENT

(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, TDA/H, troubles du comportement alimentaire...)

et les précautions à prendre

.....

.....

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc. (précisez)

.....

.....

4. Responsable de l'enfant

Responsable 1

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél fixe :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Mail :

Tel du lieu de travail :/...../...../...../.....

Responsable 2

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél fixe :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Mail :

Tel du lieu de travail :/...../...../...../.....

N° Sécurité sociale :

Mutuelle complémentaire :

N° allocataire CAF Quotient

Ou N° allocataire MSA Quotient

5. Médecin traitant

Nom : Tél :/...../...../...../.....

Adresse :

Autorisation parentale

Sortie libre :

J'ai pris connaissance du fonctionnement des accueils à l'espace jeunes, à savoir la possibilité pour mon enfant d'aller et venir librement. Plus d'informations auprès de l'animateur référent ou dans le projet pédagogique.

Droit à l'image – autorise l'espace jeune (IFAC / Animaje) ainsi que la communauté d'agglomération :

– à filmer, à photographier librement mon enfant dans le cadre des activités.

– à utiliser ces images pour les supports de communication (programmes vacances, réseaux sociaux, site internet, bulletins municipaux, presse).

Oui ☐

Non ☐

Signature responsable :

Autorise l'animateur :

- à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant (déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire).
- à administrer les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.

☐ J'atteste avoir pris connaissance des modalités d'organisation des activités jeunesse.

☐ J'ai pris connaissance de la Charte de Vie et je m'engage à la respecter.

Fait à, le

Signature du jeune :

Signature responsable :