

# Fiche de renseignements 2018/2019

## Espace Jeunes de Retiers



NOM et Prénom : \_\_\_\_\_

**ADHESION = 25 €/35€**  
(Communes partenaires/non-partenaires)

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

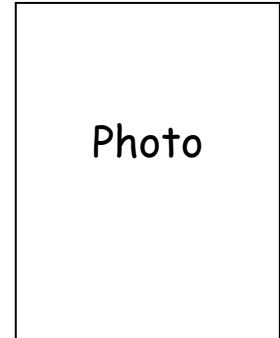
Adresse : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ ☎ : 02 / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

N° d'allocataire CAF ou MSA : \_\_\_\_\_ Quotient Familial : \_\_\_\_\_  
(Entourer le bon organisme)

Loisirs Favoris : \_\_\_\_\_



Coordonnées du jeune : 06 / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Profession et lieu de travail : \_\_\_\_\_

☎ Domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

☎ Portable : 06 / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

☎ Pro : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nom et prénom du père : \_\_\_\_\_

Profession et lieu de travail : \_\_\_\_\_

☎ Domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

☎ Portable : 06 / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

☎ Pro : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### Renseignements médicaux

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

	1 <sup>er</sup> vaccin	Revaccination 1 <sup>er</sup> rappel
BCG	---- / ---- / ----	---- / ---- / ----
Antitétanique	---- / ---- / ----	---- / ---- / ----
Autre	---- / ---- / ----	---- / ---- / ----

As-tu eu les maladies suivantes ?

Rubéole     Varicelle     Asthme  
 Rougeole     Oreillons     Coqueluche  
 Scarlatine     Rhumatismes

Des allergies ?  
 OUI     NON  
 Si oui laquelle ? \_\_\_\_\_

Un traitement spécifique ?     OUI     NON  
 Si oui lequel ? \_\_\_\_\_

Si le jeune doit suivre un traitement, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

Notes : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ Responsable légal du jeune :

- ✍ Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche
- ✍ Certifie avoir pris connaissance de l'intérêt à contracter une assurance
- ✍ Autorise le responsable du séjour ou de l'activité, à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état du jeune sur conseil médical : traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales.
- ✍ Autorise le jeune à participer aux séances de piscine :  OUI     NON
- ✍ Autorise le jeune à participer aux sorties en car et en covoiturage :  OUI     NON
- ✍ Autorise le jeune à pratiquer un sport d'eau :  OUI     NON
- ✍ Autorise le jeune à pratiquer des activités sportives :  OUI     NON
- ✍ Autorise les responsables à utiliser des photos où apparaît le jeune pour diffusion dans la presse, bulletins municipaux, site, expos et autres supports promotionnels de l'Espace Jeunes  OUI     NON
- ✍ Autorise le jeune à partir seul du local => en journée     OUI     NON
- => en soirée (+ 18h)     OUI     NON

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_

Signature