communauté de communes
BASSIN DE MARENNES

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
Service jeunesse « Local Jeunes »

JEUNE

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Né(e) le : ..... Tél Portable du jeune : .....

Classe/Etude : ..... Établissement Fréquenté : .....

FAMILLE

Représentant 1

Nom : .....

Prénom : .....

: .....

.....

Situation familiale : .....

Portable : .....

Travail : .....

Domicile : .....

Mail : .....

Représentant 2

Nom : .....

Prénom : .....

: .....

.....

Situation familiale : .....

Portable : .....

Travail : .....

Domicile : .....

Mail : .....

Informations pouvant être utiles au service (personnes à contacter en cas d'urgence, difficultés particulières ...)

.....

.....

.....

AUTORISATIONS DES REPRÉSENTANTS

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant .....,

- L'autorise à rentrer par ses propres moyens après toute activité (« accueil libre » et mercredi en temps scolaire / programme des vacances) oui ☐ non ☐
- L'autorise à entrer et sortir librement du local lors des temps « d'accueil libre » et mercredis en période scolaire oui ☐ non ☐
- Autorise le personnel à transporter le/la jeune dans un véhicule de service (mini bus, car) oui ☐ non ☐
- Autorise le personnel à prendre les mesures d'urgence nécessaires (SAMU, pompiers, ...) oui ☐ non ☐
- Autorise le service jeunesse à le/la prendre en photo dans le cadre des activités du service (si oui, remplir la fiche d'autorisation d'exploitation et de droit à l'image) oui ☐ non ☐

RÉGIME SOCIAL

N° d'allocataire CAF ou MSA : ..... Quotient Familial : .....

❍ J'autorise le service jeunesse à consulter mon quotient familial sur le site de la CAF (pour l'application des tarifs selon la grille correspondante).
Cocher cette case ne dispense pas d'informer le service de tout changement de quotient familial.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- VACCINATIONS (se référer et fournir une copie au carnet de santé)

❍ L'enfant est à jour de ses rappels de vaccination ❍ L'enfant a seulement reçu ses primo-vaccinations

2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant / ville d'exercice : .....

Numéro de téléphone du médecin traitant : .....

L'enfant bénéficie-t-il de l'AEEH ? (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) ❍ Oui ❍ Non

L'enfant possède-t-il un PAI ? (Projet d'Accueil Individualisé) ❍ Oui ❍ Non

L'enfant suit-il un traitement médical ? ❍ Oui ❍ Non

(Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance à jour.)

MALADIES CONTRACTÉES	Rubéole	Varicelle	Scarlatine	Coqueluche	Rougeole	Oreillons

ALLERGIES	OUI	NON
Asthme		
Alimentaires		
Médicamenteuses		
Autres		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir en cas de crise allergique.
(si automédication, le signaler)

.....

.....

.....

.....

3- RECOMMANDATIONS UTILES

Merci de préciser les éventuelles difficultés de santé pouvant avoir un impact sur les activités du jeune au sein du service (maladie invisible, accident, crises diverses, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et dispositions à prendre. Précisez les éventuelles précautions particulières à prendre en cas de port de lentilles de contact, lunettes, appareil auditif, ou dentaire.

.....

.....

.....

ASSURANCE / RESPONSABILITÉ CIVILE (facultative mais recommandée)

Je soussigné(e) M. et/ou Mme .....

Déclarons avoir souscrit à une assurance et être à jour des cotisations

❑ RESPONSABILITE CIVILE

❑ ACTIVITÉS SCOLAIRES- EXTRASCOLAIRES

auprès de la compagnie suivante .....

N° de sociétaire : .....

DOCUMENTS A FOURNIR

OBLIGATOIRE

- Copie du carnet de santé (vaccinations)
- Attestation de quotient familial CAF / MSA (même si autorisation de consultation accordée)

FACULTATIF

- Ordonnance ou protocole médical (PAI) si besoin
- Test d'aisance aquatique ou « antipanique » pour certaines activités nautiques et aquatiques
- Document concernant le droit à l'image

☐ **Je reconnais avoir pris connaissance des modalités d'accès au service et en accepte les conditions.**

☐ **Je certifie que l'ensemble des informations mentionnées sur cette fiche sont exactes et informerai le service de tout changement essentiel de situation.**

Dans le cadre de la règlementation générale de la protection des données, ce document est conservé à titre confidentiel et accessible uniquement par les professionnels de la structure.

Date Signature du/des représentant(s) Signature du jeune