

**RENSEIGNEMENTS JEUNES**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

Établissement scolaire : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

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

Tél. Portable : \_\_\_\_\_

Collez ici  
la photo de votre  
enfant  
(OBLIGATOIRE)

**REPRÉSENTANT LÉGAL 1 :**

Nom : \_\_\_\_\_

**REPRÉSENTANT LÉGAL 2**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Code postal : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Code postal : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Commune : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

Tél. Portable : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_

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

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

Assurance extrascolaire :

N° de police d'assurance :

Nom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

**Autres personnes à contacter en cas d'urgence :**

## AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon enfant à prendre part à l'ensemble des activités organisées par les structures jeunesse, qu'elles soient dans la commune ou à l'extérieur, et à se rendre sur les lieux d'activités par tout moyen de transports nécessaires.

Oui  Non

Je reconnaiss et accepte que mon enfant puisse arriver et quitter seul les structures jeunesse, tout en respectant les directives.

Oui  Non

### Si non, j'autorise les personnes majeures ci-dessous à récupérer mon enfant :

Nom – Prénom : ..... Date de naissance : .....

Numéro de téléphone : .....

Nom – Prénom : ..... Date de naissance : .....

Numéro de téléphone : .....

J'autorise les structures jeunesse à réaliser des photos, vidéos et enregistrements audio de mon enfant dans un contexte pédagogique (activités manuelles, jeux collectifs, création multimédias, expositions...)

Oui  Non

J'autorise les structures jeunesse à utiliser les photos, vidéos et enregistrements audio de mon enfant pour une diffusion publique gratuite, notamment dans la presse locale, sur le site internet de la ville et les réseaux sociaux de la D.A.S.A.

Oui  Non

Fait à : ..... Le : .....

Signature :

## DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ PARENTALE

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant, autorise mon fils / ma fille (âgé(e) de plus de 11 ans) ..... à quitter seul(e) la structure jeunesse à :

12 H

Ou à

17 H

- Déclare décharger de toute responsabilité la structure d'accueil ainsi que la ville de Méru en cas de blessures et dommages matériels ou corporels occasionnés ou subis par l'enfant, qui pourraient survenir à partir de son départ de la structure.
- M'engage à faire renoncer mes assureurs à tout recours contre la Ville de Méru.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature :



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### INDIQUEZ CI-APRÈS :

NOM : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
SEXE :  FÉMININ  MASCULIN

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

#### 1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	Date de la 1 <sup>ère</sup> injection	Date du dernier rappel
Diphthérite, Tétanos, poliomélytis, coqueluche, l'Hæmophilus influenzae b		
Pneumocoque		
Hépatite B		
Rougeole, Oreillons, Rubéole		
Méningoocoque		

SI L'ENFANT N'YA PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATIONS

#### 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si l'enfant doit suivre un traitement médical pendant sa présence aux accueils périscolaires, joindre obligatoirement 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 autre médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

À titre indicatif : L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

ALLERGIE : ASTHME :  Oui  Non ALIMENTAIRES :  Oui  Non

MÉDICAMENTEUSE :  Oui  Non

AUTRES : \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR dans le cadre d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)

P.A.I. en cours  Oui  Non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

#### 3. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL ?

Oui  Non

DES LENTILLES :

Oui  Non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES LUNETTES :

Oui  Non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÉSES AUDITIVES :

Oui  Non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÉSES OU APPAREIL DENTAIRE :

Oui  Non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

Oui  Non

Oui  Non

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives :

Oui  Non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées :

Oui  Non

#### 5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TEL. FIXE (ET/OU PORTABLE) DOMICILE : \_\_\_\_\_

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAÎANT (facultatif) : \_\_\_\_\_

BUREAU : \_\_\_\_\_

Je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, transport) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_