

10 - 17 ans

AUTORISATION PARENTALE

Ce document est obligatoire.

Tous les renseignements contenus dans cette fiche restent confidentiels.

RESPONSABLE LEGAL

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE.....

COMMUNE.....

TELEPHONE FIXE DOMICILE.....PORTABLE.....

TELEPHONE EMPLOYEUR.....

MAIL :

N° de sécurité sociale (obligatoire) :

N° allocataire CAF (obligatoire) :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné.....

1. FOYER DES JEUNES

Autorise Mon fils / Ma fille.....

à venir au Foyer des Jeunes, en accueil libre, sur les heures d'ouverture, et à participer aux activités qui s'y déroulent en présence des animateurs jeunesse.

Je certifie être informé(e) :

- du fonctionnement du Foyer des jeunes (livret d'information aux parents) et de la charte que mon enfant devra signer.
- du Fonctionnement du foyer en accueil libre : les jeunes sont libres d'entrer et sortir du local à tout moment ; l'animateur est responsable des jeunes présents à l'intérieur du Foyer sur les heures d'ouvertures, mais sa responsabilité s'arrête lorsque les jeunes décident de quitter le Foyer.

2. ACTIVITES

Autorise mon fils / ma fille..... à participer aux activités proposées par EVEIL et dans le cadre des activités ALSH j'autorise mon enfant à être en autonomie avec ses pairs dans un cadre réglementé par l'animateur

3. J'autorise les animateurs à transporter mon fils / ma fille avec le minibus du Centre Social lorsqu'une activité le nécessite. OUI NON

4. DROIT A L'IMAGE

J'autorise que les photos prises de mon enfant soient utilisées par l'Association comme support d'information : OUI NON

Si oui, elles peuvent être diffusées pour :

Brochures Exposition Presse Site Internet Facebook

5. ASSURANCE

Je déclare être titulaire d'une responsabilité civile.

Nom de l'assureur :

N° de police :

Fait à.....

Le...../...../.....

Signature du responsable légal
précédé de la mention lu et approuvé :

10 - 17 ans

**FICHE SANITAIRE JEUNESSE
ASSOCIATION EVEIL**

ETAT CIVIL

NOM.....Prénom.....Age.....
Né(e) le.....à.....Nationalité.....
Sexe : M F

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie –Tétanos- Poliomyélite				Hépatite B	
				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				BCG	

Si votre enfant n'est pas vacciné (vaccins obligatoires) : FOURNIR UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION. Attention : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Cocher les maladies que votre enfant a déjà eues :

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme articulaire		Scarlatine		Hépatite	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons		Méningite			
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		

ALLERGIES : Asthme : OUI NON Médicamenteuse : OUI NON
Alimentaire : OUI NON Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.....

Difficultés de santé à signaler :

L'enfant suit-il un traitement médical? OUI NON

Si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice) et les remettre aux animateurs. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

AUTRES RENSEIGNEMENTS

L'enfant sait-il nager ? OUI NON

Recommandations utiles des parents (l'enfant porte-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires etc ...)

Informations particulières :

Mon enfant veillera à ne pas apporter d'objets tranchants et d'objets de valeur ...

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),..... Responsable de l'enfant.....
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Nom du médecin traitant.....Tél.....

Visa des parents attestant qu'aucun élément n'est à modifier sur la fiche après 1 an :

2018-2019 Date et signature : A :

2019-2020 Date et signature : A :

2020-2021 Date et signature : A :
