

SERVICE JEUNESSE

DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

IDENTITE DU JEUNE

Nom : Prénom : Sexe : M F
 Né(e) le : / / Lieu de naissance (commune et n° de département) :
 Adresse :
 Tél. portable (si ligne personnelle) : Email (si adresse personnelle) :@.....

- j'accepte que ce numéro de téléphone portable soit utilisé pour recevoir des d'informations de l'Espace Jeunes concernant les animations et sorties proposées.
- j'accepte que cet email soit utilisé pour recevoir des d'informations de l'Espace Jeunes concernant les animations et sorties proposées.

Classe & établissement scolaire fréquenté :

- Enfant bénéficiaire de l'AAEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)
- Enfant bénéficiant d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) -> à transmettre impérativement à la direction de l'accueil de loisirs

RESPONSABLES LEGAUX

RESPONSABLE LEGAL 1 (mère, père ou tuteur)

Nom :
 Prénom :
 Adresse :

 Tél. portable :
 Tél. domicile :
 Tél. professionnel :
 Email :

RESPONSABLE LEGAL 2 (mère, père ou tuteur)

Nom :
 Prénom :
 Adresse :

 Tél. portable :
 Tél. domicile :
 Tél. professionnel :
 Email :

Autorité parentale : OUI NON Autorité parentale : OUI NON

Pour toute situation particulière, merci de joindre une copie du jugement mentionnant les termes de l'autorité parentale et du droit de garde.

AUTRE RESPONSABLE DU JEUNE (foyer, famille d'accueil...)

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Tél. portable : Tél. domicile :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (autres que responsables légaux)

Nom : Prénom : Tél. :
 Nom : Prénom : Tél. :
 Nom : Prénom : Tél. :

QUOTIENT FAMILIAL

Numéro CAF ou MSA : Nom de l'allocataire :

NB : ces informations nous sont utiles afin de consulter le quotient familial de votre foyer et ainsi moduler nos tarifs en fonction de votre situation. En l'absence de celles-ci, le plein tarif sera appliqué.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant : Téléphone :

Vaccinations (merci de joindre une copie des pages « vaccination » du carnet de santé)

Date du dernier rappel DT Polio :

Si le jeune n'a pas les vaccinations obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

Allergies : Alimentaire OUI NON Médicamenteuse OUI NON
Autre (animaux, plantes, pollen) OUI NON Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le jeune suit-il un traitement médical ? OUI NON Précisez :

Recommandations utiles (port de lunettes, d'appareil dentaire ou auditif, comportement du jeune, régime alimentaire particulier...):
.....
.....
.....

AUTORISATIONS

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

- autorise le responsable de l'Espace Jeunes à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant ;
- autorise mon enfant à partir seul(e) :
en journée (de 9h à 18h) OUI NON en soirée (au-delà de 18h) OUI NON
- autorise le transport de mon enfant dans un véhicule de service lors de sorties ;
- autorise la 3CAG à prendre en compte mon quotient familial via le service partenaire de la CAF ou de la MSA du Gers ;
- autorise à titre gracieux et sans limitation de durée, la prise et la diffusion de photos, de vidéos et d'enregistrement sonores de mon enfant dans le cadre des activités de l'Espace Jeunes pour les usages suivants :
 - Expositions et activités en interne OUI NON
 - Presse locale et nationale OUI NON
 - Publications internet (site officiel, réseaux sociaux...) OUI NON
- certifie exacts les renseignements portés sur ce dossier ;
- reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur joint et de l'ensemble des informations.

Fait à :

Le :

Signature responsable 1 :

Signature responsable 2 :

Signature autre responsable :

A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A CE DOSSIER

- copie des pages « vaccination » du carnet de santé ;
- attestation d'assurance « responsabilité civile » en cours de validité, couvrant les activités périscolaires et extrascolaires ;