

FICHE DE RENSEIGNEMENT

NOM et Prénom de l'adolescent(e) : Sexe* : M - F
 Date de naissance :
 Adresse :
 Assurance de l'adolescent(e) : n° Compagnie :
Joindre une copie de l'attestation d'assurance.

RESPONSABLES DE L'ADOLESCENT(E)

N° d'allocataire CAF du Gers :

NOM et Prénom du père :
 Téléphone : Téléphone professionnel :
 Adresse (si différente de l'enfant) :

NOM et Prénom de la mère :
 Téléphone : Téléphone professionnel :
 Adresse (si différente de l'enfant) :

AUTRES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM et Prénom : NOM et Prénom :
 Téléphone : Téléphone :

AUTORISATIONS OBLIGATOIRES

Je, soussigné (e) Monsieur*, Madame*,

- Autorise le directeur à prendre, le cas échéant, toutes mesures d'urgence (hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, pour autant que tout ait été tenté pour joindre ses parents sans succès.
- Reconnaît avoir pris connaissance et approuvé le règlement intérieur de l'A.J.I.S. des 11 – 17ans.
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités prévues dans le cadre de la programmation.

- Autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile après les activités	OUI*	NON*
- Autorise l'équipe d'animation à filmer et/ou photographier mon enfant dans le cadre des activités	OUI*	NON*
- Accepte que mon enfant utilise les moyens de transport proposés par la MJC	OUI*	NON*
- Autorise mon enfant à donner ses coordonnées téléphoniques à l'équipe d'animation pour des transmissions d'information par sms	OUI*	NON*
- Souhaite recevoir les informations de la MJC	OUI*	NON*
- Souhaite recevoir les factures par mail	OUI*	NON*
Adresse mail (EN MAJUSCULE) :		

(*) Rayer la mention inutile

Fait à _____, le _____

Signature, précédée de la mention "lu et approuvé"

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de votre enfant.

MÉDECIN DE FAMILLE	ADRESSE	COMMUNE	TÉLÉPHONE

VACCINS OBLIGATOIRES	DERNIÈRES VACCINATION	PROCHAINE VACCINATION
Diphtérie		
Tétanos		
Poliomyélite		
Ou DT polio		
Ou Tétracoq		
BCG		
VACCINS RECOMMANDÉS		
Hépatite B		
Rubéole – Oreillons – Rougeole		
Coqueluche		
Autres (préciser) :		

MALADIES			COMMENTAIRES
Rubéole	OUI	NON	
Varicelle	OUI	NON	
Angine	OUI	NON	
Rhumatisme articulaire aigu	OUI	NON	
Scarlatine	OUI	NON	
Coqueluche	OUI	NON	
Otite	OUI	NON	
Rougeole	OUI	NON	
Oreillons	OUI	NON	

ALLERGIES	COMMENTAIRES ET CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)
Alimentaires	
Asthme	
Médicamenteuses	
Autres	

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (antécédents médicaux, difficultés de santé... précautions à prendre...) :

.....

Fait à _____, le _____

Signature, précédée de la mention "lu et approuvé"

(Père*, Mère*)

(*) Rayer la mention inutile