

Photo  
Ne pas  
Agrafer

# Espace jeunes

## Ollainville



**JEUNE**

Nom.....Prénom.....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse.....

.....

.....

Tél. du Jeune.....

Mail du jeune : .....

**RESPONSABLES LEGAUX (1) Rayer les mentions inutiles.**

❖ Père /Mère/Responsable Légal (1).....

Tél Domicile.....

Tél Bureau.....Tél Portable.....

Mail : .....

❖ Père /Mère/Responsable Légal (1).....

Tél Domicile.....

Tél. Bureau.....Tél Portable.....

Mail : .....

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (SI ABSENT)**

Nom.....

Adresse.....

.....

Téléphone.....

**AUTORISATIONS : (1) Rayer les mentions inutiles.**

Je soussigné(e),....., autorise mon enfant..... :

à participer à toutes les activités de l'Espace Jeunes	OUI	NON
A participer aux soirées organisée par l'Espace Jeunes	OUI	NON
à prendre le car communal ou d'une société privée, les transports en commun	OUI	NON
à être photographié et à utiliser son image dans les parutions municipales, (Ollainvillage, site web)	OUI	NON
à entrer et sortir de l'Espace Jeunes, seul, durant les heures d'ouverture	OUI	NON
à quitter l'Espace Jeunes seul et à rentrer par ses propres moyens, durant la journée	OUI	NON

# Fiche Sanitaire de Liaison



## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR (rayer les mentions inutiles)

<b>Suit-il un traitement médical ?</b>	OUI : (Joindre une ordonnance)		NON
	Lequel ?.....		
<b>A-t-il un P.A.I ?</b>	OUI : (Joindre une ordonnance)		NON
	Lequel ?.....		
<b>A-t-il des allergies ?</b>	OUI		NON
	Lesquelles ?.....		
<b>A-t-il de l'Asthme ?</b>	OUI		NON
	Précisez la conduite à tenir (si automédication le signaler) : ..... .....		
<b>A-t-il eu des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opération,...) ?</b>	OUI		NON
	Précautions à prendre :..... .....		
<b>Porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ...?</b>	OUI		NON
	Précautions à prendre :..... .....		
<b>Vaccinations</b> - Ne plus donner de photocopies - Indiquez la date de chaque vaccin - * Obligatoire en Ile-de-France	DTPC :* ____ / ____ / ____	BCG (antituberculeuse) ____ / ____ / ____	Pneumocoque :* ____ / ____ / ____
	Antivariolique : ____ / ____ / ____	Du ROR :* ____ / ____ / ____	Autres : ..... ..... ____ / ____ / ____

### ASSURANCE

Nom Compagnie Assurance (**joindre obligatoirement l'attestation**)

Nom.....N° Contrat :.....

N° Sécurité Sociale sur lequel figure l'enfant :.....

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e),.....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) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Ayant pris connaissance du règlement, je l'approuve et m'engage à le respecter.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification intervenant au cours de l'année.

A....., le.....

Signature :