

III – AUTORISATION PARENTALE pour l'année scolaire 2018-2019

Ayant pris connaissance des règles de vie de la structure, je soussigné(e) :

Madame / Monsieur _____

Responsable légal du jeune : _____

- 1) Certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche et autorise l'équipe d'animation de l'Espace Jeunes à prendre, le cas échéant, toutes mesures (premiers secours, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.
- 2) Autorise le jeune à participer aux différentes activités organisées par l'Espace Jeunes.
- 3) Autorise l'équipe d'animation, les élus municipaux ou parents à transporter le jeune dans leurs voitures personnelles assurées en conséquence ou par des moyens collectifs (car, train) ou dans un minibus pour les besoins des activités de l'Espace Jeunes,
- 4) Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ de l'Espace Jeunes où est inscrit le jeune,
- 5) M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison de soins engagés pendant les camps ou activités.
- 6) Atteste que j'ai été informé(e) des modalités d'organisation du ou des séjours/activités auxquels mon enfant est inscrit,
- 7) **Autorise / n'autorise pas** la prise et la publication de photographies du jeune présent dans le cadre des activités de l'Espace Jeunes.
- 8) M'engage à verser la somme de 12 € d'adhésion annuelle.

Fait à _____ Le _____

Signature du responsable légal : « Lu et approuvé »

IV - FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ASSURANCE ET SECURITE SOCIALE

Régime d'affiliation de l'enfant : Sécurité sociale / MSA / Autre :

N° d'immatriculation

Allocataire CAF : nom de la caisse et n° :

Allocataire autre caisse : nom de la caisse et n°

Assurance scolaire ou responsabilité civile :

Mutuelle : N° de contrat

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES OBLIGATOIRES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|--------------------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou DT polio | | | | | |
| BCG | | | | | |

LES VACCINS (remplir le tableau ou fournir une copie du carnet de santé)

SI LE JEUNE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Le jeune suit-il un **traitement médical** ? oui / non

Si **oui** joindre 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 médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES

ASTHME : oui / non MÉDICAMENTEUSES : oui / non

ALIMENTAIRES : oui / non Laquelle :

AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :

AUTRES INFORMATIONS

INDIQUER ICI LES EVENTUELLES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**, QUE VOUS SOUHAITEZ PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'EQUIPE D'ENCADREMENT :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à _____ **Le** _____

Signature du responsable légal : « Lu et approuvé » :