



# LEO LAGRANGE MEDITERRANEE

## MAIRIE DE SAINT ZACHARIE



ESPACE JEUNES 12-17 ANS

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : .....  
 PRENOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : .....  
 CLASSE FREQUENTEE : ..... COLLEGE : .....  
 ADRESSE EMAIL du Jeune : .....

#### Santé :

- ⊕ MEDECIN TRAITANT : NOM : ..... ☎ : .....
- ⊕ VACCINATIONS : Joindre la photocopie du carnet de santé
- ⊕ RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE JEUNE POUVANT ETRE UTILES :

**Suit-il un traitement ?**  Oui  Non **Si oui :** (joindre une ordonnance, une autorisation parentale, les médicaments, ainsi que l'attestation du médecin pour le traitement)  
 .....

**A-t-il un repas spécial ou Régime Alimentaire ?**  Oui  Non

**Si oui :** (précisez) .....

**A-t-il une allergie ?**

- Allergies alimentaires  Oui  Non **Si oui, à préciser :** .....
- Allergies médicamenteuses  Oui  Non **Si oui, à préciser :** .....
- Allergies autres  Oui  Non, **Si oui, à préciser :** .....
- A-t-il un P.A.I ? (Protocole d'Accord Individualisé)  Oui  Non

**Si oui,** qu'elle est la conduite à tenir et joindre une copie du document : .....

#### ⊕ MALADIES DEJA CONTRACTEES : (cocher les cases correspondantes)

- |            |   |           |   |            |   |
|------------|---|-----------|---|------------|---|
| Rubéole    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Varicelle | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Rougeole   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Coqueluche | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Oreillons | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Scarlatine | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

#### MERE

#### PERE

NOM :	.....	NOM :	.....
Prénom :	.....	Prénom :	.....
Tél. domicile :	.....	Tél. domicile :	.....
Tél. portable :	.....	Tél. portable :	.....
Adresse :	.....	Adresse :	.....
Profession :	.....	Profession :	.....
Employeur :	.....	Employeur :	.....
Tél. pro :	.....	Tél. pro :	.....

Email des parents : .....

## Situation Familiale :

- Célibataire: Si conjoint, **Nom Prénom** : .....
- Marié(e) : **Nom Prénom** : .....
- Concubinage, Pacs : **Nom Prénom** : .....
- Divorcé(e) : **Nom, Prénom** : .....
- Séparé(e) : **Nom, Prénom** : .....
- Veuf (ve) : **Nom, Prénom** : .....

En cas de divorce ou séparation, le Jeune peut-il être récupéré par :

La Mère  Oui  Non **Nom Prénom** : .....

Le Père  Oui  Non **Nom Prénom** : .....

*(Si non, joindre un document juridique officiel)*

✦ **NOMBRE D'ENFANT AU FOYER** : .....

✦ **N° DE SECURITE SOCIALE** : .....

✦ **ATTESTATION DES COMPAGNIES D'ASSURANCE « RESPONSABILITÉ CIVILE » ET INDIVIDUELLE ACCIDENT** » (attestations ou photocopies obligatoires)

Nom et n° d'adhérent : .....

Nom et n° d'adhérent : .....

✦ **N° DE CAF** : ..... **REGIME** :  GENERAL  MSA

**QUOTIENT FAMILIAL** : .....

## Personnes majeures habilitées à venir chercher l'enfant :

NOM : ..... ☎ : ..... Parenté : .....

NOM : ..... ☎ : ..... Parenté : .....

NOM : ..... ☎ : ..... Parenté : .....

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je, soussigné(e), ....., Responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur de l'Espace Jeunes à :

- Prendre, le cas échéant, toutes les mesures (soins médicaux, appels des urgences, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune  Oui  Non
- Prendre des photos ou films dans le cadre des activités  Oui  Non
- Mettre les photos ou films sur le site internet de Léo Lagrange St Zacharie  Oui  Non
- Accéder à mon compte CAF sur CAF PRO pour connaître mon quotient familial  Oui  Non
- J'autorise mon enfant à prendre part à toutes les activités et sorties organisées par l'espace Jeunes  Oui  Non
- Mon enfant est autorisé à sortir seul à la fin des activités et des sorties  Oui  Non
- Mon enfant est autorisé à partir seul à la fin des soirées  Oui  Non
- Mon enfant est autorisé à prendre les transports collectifs et, en communs avec L'Equipe d'Encadrement  Oui  Non

Je reconnais avoir pris connaissance du fonctionnement de l'Espace Jeunes et autorise mon enfant à venir et partir librement de la structure.

Fait à Saint-Zacharie le : .....

**EN CAS D'URGENCE PREVENIR :** **NOM** : .....

☎ : .....

**ANNEE SCOLAIRE 2020-2021**

**Signature des deux Parents**