



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### « Espace jeunes » DE GAN

### 2021-2022

**ADHERENT :**

NOM.....

PRENOM.....

DATE de NAISSANCE.....

ADRESSE DU DOMICILE.....

.....

Taille : .....m ; Poids : .....kg

**RESPONSABLES LEGAUX :****PARENT 1** .....

PROFESSION.....

ADRESSE DU DOMICILE.....

.....

TEL DOMICILE.....

TEL.PROFESSIONNEL.....

PORTABLE.....

**PARENT 2** .....

PROFESSION.....

ADRESSE DU DOMICILE.....

.....

TEL DOMICILE.....

TEL.PROFESSIONNEL.....

PORTABLE.....

MAIL.....

**REGIME :**
 Général                       Agricole                       Militaire                       Autre

N° ALLOCATAIRE.....

N° de sécurité sociale : .....

Nom et adresse de l'assurance Responsabilité civile : .....

.....

N° de contrat : .....

NOM, adresse et Tél. du Médecin de Famille : .....

.....

**Pour les sorties ou activités extérieures :**Votre enfant est-il autorisé à venir seul et à partir seul du point de RDV :  oui\*  non**\*Dès lors le jeune ne sera plus sous la responsabilité de l'espace jeune**

L'équipe pédagogique peut être amenée à photographier/filmer votre enfant dans le cadre des activités et sorties et à diffuser la photographie de votre enfant sur tout support de communication et/ou dans le cadre d'évènements que la Ville organisera ou dont elle sera partenaire (merci d'entourer votre réponse) :

J'autorise

Je n'autorise pas

## FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS 2021-2022

En cas d'urgence, votre enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

**NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :** .....

.....

Nous vous rappelons que **les médicaments ne peuvent être délivrés par l'animateur.**

En cas de maladie chronique nécessitant une prise de médicaments, merci de nous le signaler :

.....

.....

### **ALLERGIES :**

ASTHME oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES oui non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) et/ou les DIFFICULTÉS DE SANTÉ et les précautions à prendre :

.....

.....

.....

**Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :** .....

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

**Groupe sanguin (si connu) :** .....

**Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement** (antécédents chirurgicaux ou médicaux, allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

.....

.....

Date : ... /... /

Signature PARENT 1:

Signature PARENT 2:



**Ce dossier sera également valable pour l'inscription  
au Sport Vacances 2022**

