



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Réservé Administration : AÏGA

Vaccins R.I. Droit Image

Attestation Baignade C.E.

POINT JEUNES – ANNEE 2019/2020

Adhésion : 15,00€ - Valable du 01/07/2019 au 30/06/2020

FICHE INDIVIDUELLE

L'enfant :

Nom : Prénom :

Date de naissance : A :

N° Tél portable de l'enfant :

Courriel du jeune :

Scolarité :

Établissement scolaire : Classe :

Personnes à contacter en cas d'absence des parents :

Mlle, Mme, M : Tél : Lien de parenté :


Mlle, Mme, M : Tél : Lien de parenté :

Mlle, Mme, M : Tél : Lien de parenté :

FICHE FAMILLE

| Parent 1 | Parent 2 |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Téléphone : | Téléphone : |
| Portable : | Portable : |
| Adresse : | Adresse : |
| | |
| Code Postal : | Code Postal : |
| Ville : | Ville : |
| | |
| Profession : | Profession : |
| Tél professionnel : | Tél professionnel : |
| N° de sécurité sociale : | N° de sécurité sociale : |
| | |
| Courriel de la famille : | Courriel de la famille : |
| | |

Documents à fournir et à compléter

- Une copie des vaccins.
- Le règlement intérieur signé par votre enfant.
- Le formulaire de cession de droits d'image et de reproduction à compléter. 

En tant que responsable légal :

j'autorise le personnel du Point Jeunes :

- A utiliser mon numéro d'allocataire (CAF) afin d'obtenir mon quotient familial auprès de la caisse d'allocation familiale pour établir mes facturations d'activités au plus juste.
 Oui Non
- Régime Allocataire :(CAF, MSA ou autre...)
N° Allocataire :Caisse :(Ville)

Autorise l'enfant dénommé ci-dessus :

- A participer aux activités proposées dans la cadre de l'accueil de loisirs ados sportives et culturelles. Oui Non
- A s'inscrire seul aux activités. Il informera ses parents sur les modalités d'inscription et les tarifs. Oui Non
- A être transporté dans les véhicules du Point Jeunes dans le cadre des activités ou des séjours. Oui Non

FICHE MÉDICALE

| Allergies | Traitement médical | Conduite à tenir | Recommandations utiles des parents |
|--|--------------------|------------------|------------------------------------|
| Alimentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | |
| Asthme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | |
| Médicamenteuses : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | |
| Autres : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | |
| SI oui préciser :..... | | | |

Je soussigné, M., Mmecertifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du Point Jeunes* et autorise **Mr DESBOIS Mathias, Directeur du Point Jeunes**, à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, intervention chirurgicale) sur l'enfantaprès avis médical.

*(accessible en ligne)

Fait à Naintré, le
Signature des parents