



FICHE DE RENSEIGNEMENTS SECTEUR JEUNES 2022/2023

Le Jeune :

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe M F

Né(e) le : ___/___/___ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Etablissement Fréquenté : _____ Classe : _____

Numéro de portable du jeune (si portable) : _____

PARENT OU REPRESENTANT LEGAL OU ASSISTANT FAMILIAL

Représentant légal 1

NOM : _____

Prénoms : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Lien de parentalité : _____

Autorité parentale : Oui Non

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Email : _____

Profession /Employeur : _____

Téléphone travail : _____

Représentant légal 2

NOM : _____

Prénoms : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Lien de parentalité : _____

Autorité parentale : Oui Non

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Email : _____

Profession /Employeur : _____

Téléphone travail : _____

COMPOSITION FAMILIALE :

Mariés Célibataire Veuf (ve) Divorcés Séparés Concubinage

Pacsés

(Pour les parents séparés ou divorcés fournir les papiers officiels concernant la garde de l'enfant)

Personne(s) à prévenir en cas de problème (hors responsables légaux) :

Numéro téléphone : _____

Personne(s) autorisée(s) à venir récupérer le jeune à la MJC :

N° de sécurité Sociale : _____ Nombre d'enfants : _____

N° d'allocataire CAF : _____ Quotient familial : _____

Nom de l'assurance : _____ N° de l'assurance : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE :

✓ Le jeune suit-il un traitement médical ? Oui Non

Aucun médicament ne pourra être pris en l'absence d'un certificat médical.

✓ **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINATIONS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

✓ Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole : Oui Non Varicelle : Oui Non Otite : Oui Non

Angine : Oui Non Oreillons : Oui Non Rougeole : Oui Non

Scarlatine : Oui Non Coqueluche : Oui Non Rhumatisme : Oui Non

ALLERGIES :

Asthme : Oui Non Médicamenteuses : Oui Non

Alimentaires et/ou régime alimentaire spécial : Oui Non Autres : _____

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (Si automédication, le signaler) :

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), _____
responsable légal du jeune _____

- ✓ Déclare exacts les renseignements portés sur la fiche de renseignements.
- ✓ Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et du fonctionnement de l'accueil jeune.
- ✓ Autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les animateurs ou intervenants
- ✓ Autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- ✓ **Autorise la MJC d'Aureilhan, à utiliser l'image de mon enfant à travers les photos d'activités pour ses supports de communication (plaquettes, affiches, sites Internet de la MJC, blog, presse locale...)**
Oui **Non**
- ✓ Autorise également la MJC à transporter mon enfant en minibus pour les besoins de l'activité
- ✓ **Autorise mon enfant à partir seul de la Maison Associative (à pied, en vélo...)**
Oui **Non**

Date : _____

Signature du responsable légal du jeune :