FICHE DE RENSEIGNEMENTS SECTEUR JEUNES 2026/2027

Informations générales sur le jeune :

Nom : _____ **Prénom :** _____
Sexe : □ M □ F

Date de naissance : ____ / ____ / _____ **Lieu de naissance :** _____

Adresse : _____

Code postal : _____ **Commune :** _____

Établissement fréquenté : _____
Classe : _____

Numéro de portable du jeune (si disponible) : _____

PARENT OU REPRESENTANT LEGAL OU ASSISTANT FAMILLIAL

Représentant légal 1	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 : _____	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 : _____

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SECTEUR JEUNES 2026/2027

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE :

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

✓ Si oui, quel est le traitement et quel est le protocole ?
(Merci de préciser le nom du médicament, la posologie, les horaires de prise, etc.)
.....
.....
.....

✓ Ce traitement fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?
□ Oui □ Non

⚠ *Aucun médicament ne pourra être administré sans la présentation 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.

Antécédents médicaux et allergies

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

- **Rubéole** : □ Oui □ Non **Varicelle** : □ Oui □ Non **Rhumatisme** : □ Oui □ Non
- **Oreillons** : □ Oui □ Non **Rougeole** : □ Oui □ Non **Scarlatine** : □ Oui □ Non
- **Coqueluche** : □ Oui □ Non

✓ Allergies :

- **Asthme** : □ Oui □ Non
- **Allergies médicamenteuses** : □ Oui □ Non
- **Allergies alimentaires et/ou régime alimentaire spécifique** : □ Oui □ Non
- **Autres (à préciser)** : _____

→ Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :
(Merci d'indiquer si une automédication est prévue et de joindre, si nécessaire, un certificat médical.)

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

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SECTEUR JEUNES 2026/2027

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e),

_____

(Nom et prénom du responsable légal)

Responsable légal du jeune

_____

(Nom et prénom de l'enfant)

- **Déclare exacts les renseignements portés sur la fiche de renseignements.**
- **Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et du fonctionnement de l'accueil jeunes.**
- **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 nécessaires** *(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)* **en cas d'urgence médicale.**

- **Autorise la MJC d'Aureilhan à utiliser l'image de mon enfant (photos d'activités)**
  à des fins de communication interne et externe (plaquettes, affiches, site internet, blog, presse locale, prise de son…) :
  □ Oui □ Non
- **Autorise la MJC à transporter mon enfant en minibus pour les besoins des activités :**
  □ Oui □ Non
- **Autorise mon enfant à partir seul de la Maison Associative (à pied, en vélo…) :**
  □ Oui □ Non

Date : _____

Signature du responsable légal du jeune :

(Précédée de la mention "Lu et approuvé")

.....