



## ESPACE JEUNES DE LA FORET-FOUESNANT

2 rue des Cerisiers 29940 La Forêt-Fouesnant

Tél : 06 21 01 13 26 – 02 98 59 13 83

Courriel.: [espacejeunes@foret-fouesnant.bzh](mailto:espacejeunes@foret-fouesnant.bzh)

Facebook : Espace Jeunes La Forêt-Fouesnant / Instagram : espace\_jeunes\_lff

### **ANNEE SCOLAIRE 2023 - 2024**

#### FICHE D'INSCRIPTION ET

#### AUTORISATION PARENTALE

*Fiche valable de septembre 2023 à août 2024*

*(A remplir pour chaque jeune de la famille)*

#### **I - LE JEUNE**

NOM et Prénom : .....

Sexe : F  / M  Âge : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

N° de téléphone portable du jeune : | | | | | | | | | |

Réseaux sociaux du jeune (snap, insta, FB) : .....

.....

#### **II - LES RESPONSABLES LEGAUX**

**NOM et Prénom du Responsable 1 :**

.....

Tel. domicile : | | | | | | | | | | Tel.

portable : | | | | | | | | | | Tel.

travail : | | | | | | | | | |

Adresse Mail (si différent du jeune) :

.....

**NOM et Prénom du Responsable 2 :**

.....

domicile : | | | | | | | | | | Tel.

: | | | | | | | | | | Tel. Tel.

travail : | | | | | | | | | | portable

Adresse Mail (si différent du jeune) :

.....

#### **Autres personnes à prévenir en cas de besoin :**

NOM et Prénom : ..... Téléphone : | | | | | | | | | |

NOM et Prénom : ..... Téléphone : | | | | | | | | | |

### **III – AUTORISATION PARENTALE pour l'année scolaire 2023-2024**

Ayant pris connaissance des règles de vie de la structure, je soussigné(e) :

Madame / Monsieur \_\_\_\_\_

Responsable légal du jeune : \_\_\_\_\_

- 1) certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche et autorise l'équipe d'animation de l'Espace Jeunes à prendre, le cas échéant, toutes mesures (premiers secours, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune,
- 2) autorise le jeune à participer aux différentes activités organisées par l'Espace Jeunes,
- 3) autorise l'équipe d'animation, les élus municipaux ou parents à transporter le jeune dans leurs voitures personnelles assurées en conséquence ou par des moyens collectifs (car, train) ou dans un minibus pour les besoins des activités de l'Espace Jeunes,
- 4) décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ de l'Espace Jeunes,
- 5) m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison de soins engagés pendant les camps ou activités.
- 6) atteste que j'ai été informé(e) des modalités d'organisation du ou des séjours/activités auxquels mon enfant est inscrit,
- 7) Entourez la bonne formule : **autorise / n'autorise pas** la prise et la publication de photographies/vidéos du jeune dans le cadre des activités de l'Espace Jeunes (réseaux sociaux, journaux ou supports de communication de la commune, etc.).

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

**Signature du responsable légal et du mineur: « Lu et approuvé »**

## IV - FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### ASSURANCE ET SECURITE SOCIALE

Régime d'affiliation de l'enfant : Sécurité sociale  / MSA  / Autre  : .....

N° d'immatriculation .....

Allocataire CAF : nom de la caisse et n° : .....

Allocataire autre caisse : nom de la caisse et n° .....

Assurance scolaire ou responsabilité civile : .....

Mutuelle : ..... N° de contrat .....

(Merci de fournir un justificatif de quotient familial afin de bénéficier d'un tarif adapté)



### LES VACCINS

#### **Fournir impérativement une copie du carnet de santé.**

*SI LE JEUNE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.*

**ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION**

#### **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Le jeune suit-il un **traitement médical** ?  oui /  non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

#### **ALLERGIES**

ASTHME :  oui /  non                      MÉDICAMENTEUSES :  oui /  non

ALIMENTAIRES :  oui /  non      Laquelle : .....

**AUTRES** : .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :**

.....

.....

.....

.....

## **AUTRES INFORMATIONS**

INDIQUER ICI LES EVENTUELLES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**, QUE VOUS SOUHAITEZ PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'EQUIPE D'ENCADREMENT :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **RECOMMANDATIONS UTILES DES FAMILLES**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

**Signature du responsable légal : « Lu et approuvé » :**