



ESPACE JEUNES DE LA FORET-FOUESNANT

2 rue des Cerisiers 29940 La Forêt-Fouesnant

Tél: 06 21 01 13 26

Courriel: espacejeunes@foret-fouesnant.bzh

Facebook: Espace Jeunes La Forêt-Fouesnant / Instagram : espace_jeunes_lff

ANNEE SCOLAIRE 2025 - 2026

FICHE D'INSCRIPTION ET AUTORISATION PARENTALE

*Fiche valable du 1er septembre 2025 au 31 août 2026
(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 : | | | | | | | | | |

Pseudos du jeune sur les réseaux (snap, insta, FB) :
.....

II - LES RESPONSABLES LEGAUX

NOM et Prénom du Responsable 1 :
.....

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

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

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

Adresse Mail (si différente du jeune) :
.....

NOM et Prénom du Responsable 2 :
.....

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

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

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

Adresse Mail (si différente 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 2024-2025

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.).

En cas de divorce ou de séparation, merci de nous transmettre la photocopie du jugement de divorce ou attestation sur l'honneur signée par les 2 parents.

Pour les parents séparés sans jugement de divorce, merci de nous transmettre l'attestation à télécharger sur le portail famille et signée des deux parents (modalités de garde, de paiement et domicile).

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

Fournir un justificatif de quotient familial afin de bénéficier d'un tarif adapté.

Fournir impérativement une attestation d'assurance responsabilité civile.



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 » :