



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Septembre 2017 – Août 2018

**ANIMATION JEUNESSE
11-17 ANS**

Nom(s) et Prénom : _____

Date de naissance : _____ Portable : _____

Nom de l'école : _____ Classe : _____

Allergies alimentaires, médicales ou traitements à nous signaler (port de lunettes, prothèses, ...) : _____

Père (ou représentant légal)		Mère
	Nom/Prénom	
	Adresse	
	N° domicile	
	N° portable	
	N° travail	
	Mail	

N° Sécurité Sociale : _____

Mutuelle : _____

N° d'allocataire (CAF/MSA/Marine) : _____

Quotient Familial : _____

Personnes autres que les parents autorisées à venir chercher l'enfant			
Nom			
Prénom			
Adresse			
N° domicile			
N° portable			

Une pièce d'identité sera demandée

Documents à fournir :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Original CAF
(si Quotient familial <1038) | <input type="checkbox"/> Certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités sportives et nautiques (validité 3 mois) |
| <input type="checkbox"/> Brevet de natation (si activités nautiques) | <input type="checkbox"/> Photocopie des vaccins |

Je, soussigné(e) _____ responsable légal(e) de l'enfant _____, certifie avoir pris connaissance du fonctionnement et des conditions financières de l'Espace Jeunes.

Je certifie que mon enfant ne présente pas, à ma connaissance, de contre-indication médicale susceptible de lui interdire la pratique des activités proposées dans le cadre de l'Espace Jeunes (jeux, déplacement à pied, à vélo, baignades, activités sportives et manuelles...) et l'autorise à les pratiquer.

Je décharge les animateurs et la Direction de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant et après la prise en charge effective de l'enfant.

J'autorise mon enfant à :

- rentrer seul après les activités de l'Animation Jeunesse (11-17 ans)
- utiliser les moyens de transport du service lors des activités extérieures

J'autorise le service à :

- prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'incident (urgence médicale) et d'indisponibilité de ma part (conduire mon enfant à l'hôpital et assurer sa sortie). J'autorise le médecin à pratiquer toute intervention jugée nécessaire et urgente. Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et frais pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.
- photographier et/ou filmer mon enfant et j'autorise la diffusion de l'image dans la presse, sur le site Internet de la Ville ou en affichage dans les locaux de l'Accueil

Lieu et date : _____ Signature : _____