



## FICHE JEUNES 11 - 17 ANS

DATE D'ADHESION : .....

NOM : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	
.....	
.....	
Né(e) le : .....	
Nationalité : .....	
<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	

MERE	PERE
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Téléphone : .....	Téléphone : .....
Mail : .....	Mail : .....
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> Mariée	Situation familiale : <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Marié
<input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Concubine <input type="checkbox"/> Pacsée	<input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Pacsé
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuve	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf

SCOLARITE
Etablissement scolaire : .....
Ville : .....
Classe : ..... Instituteur / Enseignant: .....
Pour les moins de 3 ans, merci de joindre le certificat de scolarité

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (Autres que les parents)			
NOM	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

AUTORISATIONS PARENTALES	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorise que mon enfant soit photographié et que les photos soient publiées <b>sur les plaquettes, revues, expositions de la Maison de quartier</b>
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorise que mon enfant soit photographié et que les photos soient publiées <b>sur le site internet et le Facebook de la Maison de quartier</b>
<input type="checkbox"/> OUI	Autorise les salariés à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...)
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités

**Cadre réservé à l'administration:**

Vérifié par : .....

Le ...../...../.....



## FICHE SANITAIRE

### VACCINATIONS

Photocopie du carnet de santé (vaccinations)  OUI  NON

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA COLLECTIVITE

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant a-t-il un P.A.I.  OUI  NON

L'enfant suit-il un traitement médical ?  OUI  NON

Si oui, lequel ? .....

Préciser la cause et la conduite à tenir : .....

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne peut être pris sans ordonnance et sans P.A.I.

#### Allergies :

- Asthme  OUI  NON
- Allergies médicamenteuses  OUI  NON
- Allergies alimentaires  OUI  NON
- Autre  OUI  NON

Précisez la cause et la conduite à tenir : .....

**Difficultés de santé :** Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, port de lunettes ou lentilles, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, de drains, etc...

Précisez les dates et précautions à prendre : .....

Repas spéciaux :  Sans Porc  Sans Viande  Sans Poisson  Végétarien  Végétalien  
 Aucun  Autres : .....

**La maison de quartier se donne le droit de ne pas accueillir temporairement les enfants en cas de maladie contagieuse (gastro, varicelle...etc.) mettant en danger la santé des enfants et du personnel**

**Tout changement de situation doit être signalé à l'équipe de la Maison de Quartier (Adresse, numéro de téléphone, personnes autorisées à récupérer l'enfant, traitement médical...etc.)**

