FICHE DE RENSEIGNEMENTS : ESPACE ADOS (10-14 ANS)

	Responsable légal 1 *(qui a ouvert le dossier d'allocations auprès de la CAF ou de la MSA.)*	**Responsable légal 2**
Situation de famille	Célibataire Marié(e)s Veuf(ve) Vie maritale Séparé(e) / Divorcé(e) Pacsé(e)s	
Civilité	Madame Monsieur	Madame Monsieur
Nom		
Prénom		
Date de naissance	...../...../.....	...../...../.....
Adresse	*Code Postal :* *Ville :*	
Adresse Email :		
Tél. Fixe :		
Tél. Portable :		
Tél. Travail :		
Employeur		

REGIME du RESPONSABLE

☐ **Régime général** ☐ **Régime agricole**

N° allocataire CAF : ☐☐☐☐☐☐☐
(Vendée)

N° allocataire MSA : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(Loire-Atlantique / Vendée)

ENFANT INSCRIT

Nom : ..... *Prénom : .....*
Date de naissance : ...../...../..... *Sexe : .....*
Etablissement : ..... *Classe : .....*

AUTORISATIONS

- ☐ *J'autorise le jeune à quitter seul l'Espace Ados lorsqu'une activité est terminée.*
- ☐ *J'autorise le jeune à venir et repartir quand il le souhaite lorsque l'Espace Ados est ouvert en accueil libre.*
- ☐ *J'autorise le jeune à être pris en photo par les animateurs (et à publier ces photos sur le site de la mairie ou sur les réseaux sociaux de l'Espace Ados et de la mairie).*
- ☐ *J'autorise le jeune à être transporté dans les minibus et bus de BEA ou réservés par un prestataire pour les sorties.*
- ☐ *J'autorise le jeune à participer aux sorties proposées par l'Espace Ados (**autorisation de sortie valable du 18/09/2023 au 7/07/2024).***
- ☐ *J'autorise l'équipe encadrante à prendre toutes les mesures nécessaires par l'état de santé du jeune et, le cas échéant, autorise le transport de l'enfant vers l'hôpital le plus proche.*

TARIFICATION ADHESION ET HORAIRES

Jeune domicilié à Baugé en Anjou : 5€
Jeune domicilié hors Baugé en Anjou : 10€

Lundi : 16h-18h30 *Jeudi : 16h-18h30*
Mardi : Fermé *Vendredi : 16h-18h30*
Mercredi : 13h30-18h30 ***Vacances : selon planning d'activités***

Fait à ……, le ……

Signature responsable légal 1 : Signature responsable légal 2 :

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : ……

PRENOM : ……

DATE DE NAISSANCE : ……../……/……

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : ……kg ; Taille : ……cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez ……

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non
……
……
……

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…
……
……
……
……

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : …… PRÉNOM : ……
ADRESSE : …… ……
…… ……
TEL DOMICILE …… TEL TRAVAIL……
TEL PORTABLE : ……

Responsable N°2 : : NOM : …… PRÉNOM : ……
ADRESSE : …… ……
…… ……
TEL DOMICILE …… TEL TRAVAIL……
TEL PORTABLE : ……

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : ……

Je soussigné(e)……, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :