

DOC MARTEEN

(Fiche sanitaire du secteur jeunesse)

Validité – 01/10/23 > 30/09/2024

1€ de cotisation au secteur jeunesse **(obligatoire)**

Aucune inscription jeunesse ne pourra être prise en compte sans fourniture préalable de ce document dûment rempli.

INFORMATIONS CONCERNANT LE JEUNE

Nom : Prénom du jeune : Garçon Fille
Date de naissance :/...../..... Tél portable du jeune : Pointure :

INFORMATIONS CONCERNANT LES RESPONSABLES DU JEUNE

	MERE	PERE	TUTEUR LEGAL
NOM			
PRENOM			
ADRESSE			
CODE POSTAL – COMMUNE DÉLÉGUÉE			
TÉLÉPHONE FIXE			
TÉLÉPHONE PORTABLE			
TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL			
MAILS prioritaires (Remplir les 2 lignes en cas de séparation)			

Autres contacts utiles (facultatif)	NOM/PRÉNOM	Lien par rapport au jeune	TÉLÉPHONE

N° allocataire CAF : MSA :
Quotient Familial : Autre régime :
 Reconnaissance MDPH (Si oui fournir une attestation AAEP)

Si MSA, merci de préciser la caisse départementale :

Maine-et-Loire Loire-Atlantique Vendée Autre : précisez

ATTENTION : Si le quotient familial est mal renseigné, aucune minoration de tarif ne sera proposée. En cas de besoin, le Centre Social est habilité par la CAF pour vérifier le quotient familial.

La participation des parents sur la mise en place des animations est toujours la bienvenue ! Merci de préciser si vous pouvez apporter votre aide :

- Participer à la commission enfance-jeunesse (3 réunions par an)
- Accompagner des activités jeunesse
- Autres (matériel, co-voiturage...) :

AUTORISATION PARENTALE (merci de rayer les mentions en cas de refus)

Je soussigné M..... , accepte que :

- Mon enfant participe aux déplacements en lien avec les différentes activités.
- Les animateurs prennent, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.
- Mon enfant effectue certaines activités en autonomie (14 ans minimum), lors de certains temps d'animations et sous certaines conditions : groupes de 3 minimum, horaires de rendez-vous décidé avec les animateurs, connaissance et repérage des lieux, possibilité de joindre les animateurs à tout moment.
- Mon enfant rentre seul(e) après l'activité.
- Mon enfant puisse repartir avant la fin de l'activité
- Mes coordonnées soient diffusées aux familles dans le cadre du covoiturage (dispositif Aston Marteen)

DROIT A L'IMAGE (cocher les cases correspondantes)

J'accepte que mon enfant soit photographié ou filmé pour la communication et la valorisation des projets jeunesse du centre : 1) Tous (internet, presse, plaquettes, infos communales, réseaux sociaux)
 2) Aucun

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE – FOURNIR LES COPIES PAGES VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR (Rubéole-Oreillons-Rougeole)	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autre (préciser)	
Ou Tétracop					
BCG					

- Le jeune suit-il un traitement ? OUI NON (si oui, joindre une ordonnance récente des médicaments correspondants)
- A-t-il eu les maladies suivantes ? (Cochez-les)
 Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme articulaire aigu Scarlatine
 Coqueluche Otite Rougeole Oreillons

Allergies :

.....

Difficultés de santé particulières et précautions à prendre (lentilles, bouchons d'oreilles ...)

.....

Recommandations utiles des parents (relations aux autres, rapport à l'école, premier départ en séjour...):

.....

Je m'engage à informer le Centre Social de tout changement (téléphone, adresse, infos sanitaires, quotient familial...) en cours d'année et je suis informé qu'aucun remboursement ne sera effectué en cas d'annulation d'une inscription, sauf cas évoqué dans la règle téléchargeable sur le site du Centre Social (rubrique « docs à télécharger »).

Fait à :

Le :

Signature des parents :

Réservé administration : Scan