



Espace Jeunes
Maison des Associations
52, rue Aristide Briand
44551 Saint-Malo de Guersac
Tél : 02 40 53 96 13
espace.jeunes@saintmalodeguersac.fr

Date d'adhésion :	Réservé au service
Documents à fournir :	<input type="checkbox"/> Livret de nageur ou brevet de natation d'aisance aquatique (facultatif) <input type="checkbox"/> Attestation du quotient familial <input type="checkbox"/> Photocopie des vaccins <input type="checkbox"/> Mandat de prélèvement SEPA
Numéro d'allocataire :	QF :

FICHE D'INSCRIPTION ESPACE JEUNES

LE JEUNE

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Portable (facultatif) :		
Etablissement scolaire :		
Choix de la formule d'inscription :	Formule A <input type="checkbox"/> (horaires définis)	Formule B <input type="checkbox"/> (accès libre)
Modification de la formule d'inscription :	Formule A <input type="checkbox"/> Formule B <input type="checkbox"/>	Date de modification :

LES PARENTS / RESPONSABLES LEGAUX

Situation familiale : Marié(e), vie maritale / célibataire / séparé / veuf / famille d'accueil /
 autre :

Responsable légal 1 :		Responsable légal 2 :	
Nom :	Prénom :	Nom :	Prénom :
Adresse :		Adresse :	
Tél :	Portable :	Tél :	Portable :
Mail :		Mail :	
Profession :		Profession :	
Lieu de travail :		Lieu de travail :	
Téléphone travail :		Téléphone travail :	

AUTORISATION

Autorise l'Espace Jeunes de Saint-Malo de Guersac à utiliser des photos et vidéo de mon enfant prises en cours d'activité dans le cadre des projets et de l'accueil : publication, site internet de la Mairie, articles de presse, réseaux sociaux. La validité de cette autorisation est de 1 an.

Autorise les animateurs à prendre toutes les mesures nécessaires concernant mon enfant en cas d'accident.

Autorise les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant :

Nom	Prénom	Lien	Téléphone

REGLEMENT

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche, et m'engage à respecter le règlement intérieur de l'Espace Jeunes.

Date : Signature :

Les responsables légaux informeront l'Espace Jeunes de tous les changements susceptibles d'entraîner une modification du dossier

FICHE SANITAIRE ESPACE JEUNES

LE JEUNE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

RENSEIGNEMENT MEDICAUX

	OBLIGATOIRE	RECOMMANDES
VACCINS Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination	<input type="checkbox"/> Diphtérie <input type="checkbox"/> Tétanos <input type="checkbox"/> Poliométhyque <input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> BCG (Tuberculose) <input type="checkbox"/> ROR (Rubéole) <input type="checkbox"/> Haemophilus Influenza B <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Papillomavirus

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical.

MALADIES INFANTILES	<input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Rhumatisme <input type="checkbox"/> Coqueluche
----------------------------	---

SPECIFICITES DE SANTE	<input type="checkbox"/> Lunette de vue	<input type="checkbox"/> Appareil dentaire	<input type="checkbox"/> Semelles orthopédiques
	<input type="checkbox"/> Appareil auditif	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Pai

En cas de troubles spécifiques de la santé, votre enfant a besoin d'un suivi particulier appelé Protocole d'Accueil Individualisé. Il est obligatoire dans le cadre des pathologies nécessitant un accompagnement (allergies alimentaires, diabète, asthme, troubles neurologiques ou physiques...).

ALLERGIES	<input type="checkbox"/> Médicaments	Liste :
	<input type="checkbox"/> Aliments	Liste :
	<input type="checkbox"/> Pollens / Acariens	Liste :
	<input type="checkbox"/> Animaux	Liste :
	<input type="checkbox"/> Maquillages	Liste :
	<input type="checkbox"/> Piqûres	Liste :
	<input type="checkbox"/> Autres	Liste :

RECOMMANDATIONS	
------------------------	--

Toute prise de médicaments ne sera faite que sur prescription médicale et autorisation parentale

SIGNATURE

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :