



Fiche renseignements par jeune
Complétez et modifiez svp

ANNEE 2019

NOM	
ADRESSE	
AGE	
NÉ LE	
A	

	PERE	MERE
NOM		
ADRESSE		
TEL FIXE / PORT		
TRAVAIL		
MAIL		
AUTORISATIONS		
N° SECU		

NOM LIEN (Familial-ami-voisin) AUTORISATION (Raccompagnement-Contact d'urgence) ADRESSE TEL FIXE/ PORT	AUTRES PERSONNES RATTACHEES A L ENFANT

Mon enfant est libre d'aller et venir EN JOURNEE OUI NON EN SOIREE OUI NON
 Mon enfant peut rentrer seul à la maison EN JOURNEE OUI NON EN SOIREE OUI NON

MÉDECIN TRAITANT		
NOM	Dr /	
TELEPHONE		
VILLE		Date vaccination DTP (2è Rappel à 6 ans)
INFOS MEDICALES - TRAITEMENTS - ALLERGIES - CONSIGNES ALIMENTAIRES		

- * Autorisation d'apparaître sur photos et vidéos pouvant être publiées (Réseaux sociaux, Documents communaux...):
- * Autorisation d'être véhiculé en voiture si nécessaire:
- * Autorisation de prendre les décisions médicales et chirurgicales qui s'imposeraient
- * L'enfant est couvert par la responsabilité civile (Assureur et N° police) :

Date & Signature

En signant ce document j'atteste de l'exactitude des enseignements fournis;
 Je reconnais avoir lu les projets éducatifs et pédagogiques qui régissent les activités de l'espace jeune
 et signé le règlement intérieur

