

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SERVICE JEUNESSE

JEUNE

NOM ET PRÉNOM :

NÉ(E) LE **À** (DÉPARTEMENT :)

SEXE : Masculin / Féminin **N° Portable :**

Facebook : **Autre :**

@ : @

RESPONSABLES LÉGAUX	Responsable 1 : Parent <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Responsable 2 : Parent <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
	NOM Prénom :	NOM Prénom :
N° Port :	N° Port :	N° Port :
N° Fixe :	N° Fixe :	N° Fixe :
@ :	@ :	@ :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Profession :	Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :	Employeur :
Tél professionnel :	Tél professionnel :	Tél professionnel :
<u>Situation familiale :</u> Union libre <input type="checkbox"/> / Marié <input type="checkbox"/> / Pacsé <input type="checkbox"/> / Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> / Parent isolé <input type="checkbox"/>	<u>Situation familiale :</u> Union libre <input type="checkbox"/> / Marié <input type="checkbox"/> / Pacsé <input type="checkbox"/> / Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> / Parent isolé <input type="checkbox"/>	<u>Situation familiale :</u> Union libre <input type="checkbox"/> / Marié <input type="checkbox"/> / Pacsé <input type="checkbox"/> / Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> / Parent isolé <input type="checkbox"/>

Allocataire CAF N° : / MSA

N° Sécurité sociale couvrant l'enfant :

AUTORISATION DU RESPONSABLE LÉGAL

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant nommé ci-dessus,

- Autorise / Refuse que mon enfant participe aux sorties et aux activités organisées par le service Jeunesse nécessitant un déplacement quel que soit le type de transport,
- Autorise / Refuse que les responsables de l'accueil ramènent mon enfant à mon domicile lorsque cela est proposé (ou tout autre lieu préalablement défini entre les responsables et moi-même [voisins, amis, famille]),
- Autorise / Refuse que le service Jeunesse utilise des photos ou vidéos sur lesquelles mon enfant est reconnaissable dans le cadre d'un affichage sur le lieu d'accueil, ou une publication sur le site Internet ou les réseaux sociaux de la CdC et dans la presse locale,
- Autorise / Refuse que mon enfant arrive et reparte seul (lors des temps d'accueil proposés par le service Jeunesse),
- Autorise / Refuse que mon enfant se déplace non accompagné dans le cadre d'une animation (jeu de rôle, chasse aux trésors...),

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Je déclare aussi avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure.

Mention RGPD : En validant ce formulaire, vous consentez à ce que la CdC du Sud Gironde traite les données personnelles recueillies.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la CdC du Sud Gironde pour les besoins de l'accueil.

Ces données sont conservées jusqu'aux 18 ans de l'enfant accueilli et sont destinées aux structures jeunesse de la CDC.

Conformément au règlement UE 2016-679 du 27 avril 2016, vous pouvez exercer vos droits en contactant Gironde Numérique

Vaccinations et maladies :*Joindre une photocopie du carnet de santé ou des certificats de vaccinations.***Groupe sanguin :***Si pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.*A-t-il eu les maladies suivantes : Rubéole / Varicelle / Scarlatine / Coqueluche / Rougeole / Oreillons**Nom du médecin traitant :** **Lieu du cabinet :**

N° fixe : / N° port. :

Personnes à prévenir en cas d'accident*(en + des parents)*

Nom & Prénom	Lien de parenté	Téléphone	Nom & Prénom	Lien de parenté	Téléphone

Personnes autorisées à venir récupérer le mineur**Recommandations utiles des parents :** Garde alternée / Test antipanique (*Fournir une copie*) / Lunettes / Lentilles / Prothèses auditives Prothèses dentaires / Autres (*Précisez*) :**Allergies :**

- Asthme Maquillage
 Alimentaire : Médicamenteuse :
 Insectes/Acariens : Autres (*Précisez*) :

Quelle réaction ou symptôme en cas de crise ?

 Traitement médical :*(Fournir une copie d'ordonnance et médicaments dans leur emballage d'origine avec notice si prise de médicaments durant les temps d'accueil)* P.A.I. : *Fournir une copie du P.A.I.***Difficultés de santé :***(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation..., en précisant les dates et précautions à prendre) :* Troubles, handicap nécessitant un accueil particulier : Bénéficiaire d'une allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) / o Déclaré MDPH**Régime alimentaire particulier :** (*précisez*)

Fait à le/...../.....

Signature :

RAPPEL DES DOCUMENTS À FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- > copie de la carte nationale d'identité du mineur
- > copie du carnet de santé ou des certificats de vaccinations ou un certificat médical de contre-indication
- > copie du test anti-panique
- > copie d'attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire