



Remplissez lisiblement ce formulaire, joignez l'attestation d'assurance scolaire en cours de validation, la photocopie des vaccinations (carnet de santé), attestation d'assurance maladie, et une photocopie d'une pièce d'identité.

Attention : si ce document n'est pas correctement complété, votre enfant ne pourra pas participer aux activités de l'Espace Jeunes (animations locales, sorties, séjours...)

Renseignements concernant le jeune			
Nom			
Prénom			
Date de naissance			
N° de sécurité sociale			
Lieu de naissance			
Adresse			
Code postal	Ville		
Numéro de téléphone	Portable	Domicile	
Établissement scolaire fréquenté :	Classe :	Loisirs :	
Pseudo Snapchat ou autre réseau social (avec accord du jeune)			

Renseignements concernant les parents			
Qui exerce l'autorité parentale ?	Le père	La mère	Autre personne
Société et N° de police d'assurance			
N° de sécurité sociale			
Nom / prénom père			
Adresse si différente de l'enfant			
Numéro de téléphone	Père Travail :	Portable :	
Nom / prénom mère			
Adresse de l'enfant (si différente)			
Numéro de téléphone	Mère Travail :	Portable :	
Adresse mail de communication			
Allocataire	N° CAF :	N° MSA :	Armée :

Personnes à contacter en cas d'urgence	Nom Prénom	Nom Prénom	Nom Prénom
	Téléphone	Téléphone	Téléphone
	Lien avec l'enfant	Lien avec l'enfant	Lien avec l'enfant

Informations médicales et autorisations :

Vaccins Obligatoires	Fait		Date dernier rappel
Diphtérie /Tétanos/Poliomyélite/Coqueluche	oui	non	
Vaccins recommandés			
BCG	oui	non	
Hépatite B	oui	non	
Rubéole / Oreillons / Rougeole	oui	non	
Infections invasives à pneumocoque	oui	non	
Autres	oui	non	

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

ALLERGIES :

Alimentaires :

Médicamenteuses :

Autres :

Conduite à tenir :

REGIME ALIMENTAIRE :

Sans porc Sans viande Végétarien Autres précisez.....

VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL ?

d'asthme d'épilepsie de diabète d'hémophilie autre :.....

L'ENFANT DOIT IL SUIVRE UN TRAITEMENT MEDICAL? oui non

Si oui fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants au moment du départ (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole oui non Varicelle oui non Angine oui non Oreillons oui non
Scarlatine oui non Coqueluche oui non Otite oui non Rougeole oui non

GRUPE SANGUIN DE L'ENFANT :

NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN TRAITANT

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre. Recommandations utiles : préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

J'autorise l'administration de l'espace jeunes à prendre toutes les initiatives en cas d'accident :

OUI NON

Informations générales et autorisations parentales :

Demande d'autorisation parentales	OUI	NON
Votre enfant est encadré par l'Espace Jeunes uniquement pendant le déroulement des activités. En dehors de ce temps, il ne saurait être tenu responsable de votre enfant, notamment pendant le trajet du domicile au lieu de l'activité. J'autorise mon enfant à regagner seul le domicile après accord des animateurs		
L'Espace Jeunes peut organiser des animations en soirée au-delà de 20 heures : J'autorise mon enfant à participer aux soirées organisées par l'Espace Jeunes Je l'autorise à regagner seul le domicile (Seulement pour les plus de 16 ans) Je m'engage à venir le chercher à la fin de l'activité (Obligatoirement pour les moins de 16 ans)		
J'autorise mon enfant à quitter seul l'Espace Jeunes à tout moment de la journée après en avoir informé les animateurs.		
J'autorise l'Espace Jeunes à me communiquer les informations par mail, mon adresse ne sera en aucun cas diffusée à un tiers.		
J'autorise la Mairie de Revel à utiliser les photographies sur lesquelles apparaît mon enfant qui ont été réalisées dans le cadre des animations de l'Espace Jeunes pour parution dans les supports d'information et de promotion utiles à sa communication. Je donne cette autorisation à titre gracieux pour une période de cinq ans renouvelable par tacite reconduction. <small>Attention la Mairie s'interdit tout autre utilisation et garantit que les photographies ne pourront être cédées ou vendues à des tiers.</small>		
Mon enfant sait nager (<i>si oui je joins un test d'aisance aquatique ou une attestation de 25m</i>)		
J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées		
J'autorise mon enfant à fréquenter le city-park		
J'autorise le transport de mon enfant en véhicule de service, mini-bus et car de location		
J'autorise mon enfant à participer aux activités sportives		

Je reconnais avoir été informé(e) de la nécessité de contracter une assurance responsabilité civile garantissant tous les risques pouvant être occasionnés à des tiers par mon enfant.

Je décharge la ville de Revel, la Direction, les animateurs, de toute responsabilité à compter du départ de mon enfant.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à signaler toute modification, à accepter les règlements en vigueur de l'Espace Jeunes dont j'ai pris connaissance.

Fait à Revel
Le.....

Signature jeune

Signature(s) Parent(s)

Adhésion réglée le.....

Par : Chèque Espèces Chèque vacances



Pour nous joindre :

servicejeunesse@mairie-revel.fr

0562578479