

## COORDONNÉES DU JEUNE

NOM..... Prénom.....  
 Date de naissance (JJ/MM/AAAA) .....  
 Adresse .....  
 Code postal..... Commune.....  
 Numéro de téléphone ..... Adresse e-mail .....

## COORDONNÉES DES PARENTS/RESPONSABLES LÉGAUX

NOM & Prénom..... NOM & Prénom.....  
 Adresse mail..... Adresse mail.....  
 Domicile..... Domicile.....  
 Téléphone pro..... Téléphone pro.....  
 Portable..... Portable.....  
 Profession..... Profession.....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant ..... Numéro de téléphone.....

Dates du	1er vaccin	Dernier rappel
BCG	.....	.....
Antitétanique	.....	.....
Autres	.....	.....

As-tu eu les maladies suivantes ?

Rubéole      Allergies       OUI  NON  
 Varicelle      Si oui laquelle ?.....  
 Asthme  
 Rougeole      Un traitement spécifique ?  OUI  NON  
 Oreillons      Si oui lequel ?.....  
 Coqueluche  
 Scarlatine  
 Rhumatismes

*Si le jeune doit suivre un traitement, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.*

Je soussigné.e..... responsable légal du jeune, certifie :

- exacts les renseignements portés sur cette fiche
- avoir pris connaissance de l'intérêt à contracter une assurance responsabilité civile ou extra-scolaire

# AUTORISATION PARENTALE

pour les activités animation jeunesse

Je soussigné.e .....

responsable légal de .....

- L'autorise à rentrer seul au domicile en journée
- L'autorise à rentrer seul au domicile en soirée (+ 18h)
- L'autorise à sortir ponctuellement du local en autonomie sur les temps d'ouverture
- L'autorise à pratiquer des activités physiques et sportives non spécifiques
- L'autorise à utiliser la navette de la SPL *La Roche* pour se rendre aux lieux d'activités

## **Autorise la SPL *La Roche* à utiliser des photos où apparaît le jeune pour diffusion :**

- Pour des expositions et des valorisations des animations jeunesse
- Dans la presse
- Sur le site web et les réseaux sociaux de la SPL *La Roche*
- Sur les autres supports promotionnels de l'animation jeunesse
  
- Autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état du jeune sur conseil médical : traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales.

À : .....

Le : .....

NOM, Prénom et signature d'un.e représentant.e légal.e **ainsi que du jeune** précédées de la mention « Lu et approuvé ».

Signature

Signature

À retourner cochée et signée auprès du service jeunesse de la SPL *La Roche*