



SERVICE ANIMATION ENFANCE ET JEUNESSE D'ABSCON

# FICHE UNIQUE DE RENSEIGNEMENTS 2024

MAISON DES JEUNES

Photo  
obligatoire

À remettre au Service Jeunesse, ☎ 03.66.87.07.53

## LE JEUNE

Nom et Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

Sexe :  Masculin  Féminin Adresse mail : .....

Adresse : ..... CP ..... Ville : .....

Classe : ..... N° de téléphone du jeune : .....

ÉCOLE :  Extérieur (préciser) .....

L'enfant habite :  Chez ses parents  chez sa mère  chez son père

Garde alternée, adresse du 2<sup>ème</sup> responsable légal : .....

Autre (préciser) : .....

HABITUDES ALIMENTAIRES :  sans porc  végétarien

## PARENTS/RESPONSABLES LEGAUX

Situation de famille :  Mariés  Divorcés/Séparés  Veuf (ve)  Vie maritale/Pacsés

Assistante familiale  Autre : .....

	Nom et prénom du Père :	Nom et prénom de la Mère :	Autre :
	..... .....	..... .....	..... .....
Téléphone fixe			
Téléphone portable			
Profession			
Employeur/adresse			
Téléphone employeur			

Adresse Mail du Responsable de l'enfant

**(Obligatoire)** : .....@ .....

J'autorise mon enfant à repartir seul de la structure :  oui  non

J'autorise mon enfant à sortir de la structure de façon ponctuelle pour la boulangerie ou autres ... :  oui  non

## DROIT A L'IMAGE

J'autorise

Je n'autorise pas

les services de la Maison Des Jeunes de la commune d'Abscon à utiliser à des fins représentatives du service et sous toutes ses formes (site internet, bulletin municipal) les photos ou vidéos prises de mon enfant au cours des activités et sorties

## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cocher si oui)

Rubéole  Varicelle  Angine  Scarlatine

Coqueluche  Otite  Asthme  Rougeole

Indiquer ici les autres difficultés de santé en précisant les dates ainsi que les allergies alimentaires ou autres connues : .....

L'enfant porte-il des lunettes :  oui  non      Prothèses dentaires :  oui  non

Prothèses auditives :  oui  non

L'enfant suit-il un traitement ?  oui  non

Si oui lequel :

.....  
.....  
.....

L'enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) :  oui  non **(joindre PAI)**

Attention ! En cas d'allergie alimentaire ou de traitement médical, votre enfant ne pourra être accueilli au restaurant scolaire qu'après mise en place d'un PAI.

Il vous appartient de solliciter le médecin scolaire pour sa mise en place.

Nom du médecin traitant : ..... 

J'autorise mon enfant à être hospitalisé en cas de besoin  oui  non

Hôpital choisi en cas d'urgence : .....

## DOCUMENTS A FOURNIR

Afin que votre enfant puisse être inscrit à la Maison Des Jeunes, il faut **obligatoirement** fournir :

- La présente fiche unique de renseignements,
- Une copie des pages de vaccinations de l'enfant,
- Une attestation d'assurance de responsabilité civile pour l'année 2024,
- Le jugement de divorce/séparation le cas échéant pour attester de l'autorité parentale et du domicile de l'enfant.
- Avis d'imposition 2023 sur les revenus 2022.
- Photocopie Carte Nationale d'Identité

Date : .....      Signatures des responsables légaux :

