|  |
| --- |
| **Photo****Facultatif** |
|



**Fiche de renseignement (MINEUR)**

**M**aison **D**es **J**eunes

**du 01/07/2018 au 30/06/2019**

1. **Identité du Jeune : (écrire en majuscule)**

NOM : …………………………………………………………………… Prénom : ……………………………………………………………..

Date de naissance : ……../……../……………. Sexe : F – M

Adresse : …………………………………………….………………… N° Mobile du Jeune : …...../…...../…...../……../……..

……………………………………………………………………………….. Adresse E-mail :

CP – VILLE : ………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………...

1. **Responsables légaux**

**Père (ou représentant légal) Mère (ou représentant légal)**

NOM : ………………………………………..……….……...…………..…… NOM : ………………………………………..……….…….....………………

Prénom : ………….……………………………………….……….……….. Prénom : ………….……..………………………………….………………..

Adresse : …………………..………………………..…...…………….…… Adresse : …………………………………………………….………………

…………………………………………..…………………..….………….….….. …………………...………………………………………….……………………...

CP – VILLE : …………………………..………………...…………..…….. CP – VILLE : …….………………...………………………………………..

Tél. Portable : …...../…...../…...../……../…….. Tél. Portable : …...../…...../…...../……../……..

Tél. Professionnel : …...../…...../…...../……../…….. Tél. Professionnel : …...../…...../…...../……../……..

Tél. Domicile : …...../…...../…...../……../…….. Tél. Domicile : ……../……../……../……../……..

**Personne(s) à contacter en cas d’urgence et d’indisponibilité des représentants légaux**

NOM Prénom : …………………………………………………………………. Tél. Portable : ……../……../……../……../……..

NOM Prénom : …………………………………………………………………. Tél. Portable : ……../……../……../……../……..

NOM Prénom : …………………………………………………………………. Tél. Portable : ……../……../……../……../……..

1. **Vaccination : (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune)**

**Merci de prendre le temps de renseigner le tableau ci-dessous et de joindre à la présente fiche, une copie des pages de vaccinations.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **OUI** | **NON** | **DATES DES DRENIERS RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDES** | **DATES** |
| **Diphtérie** |  |  |  | **Hépatite B** |  |
| **Tétanos** |  |  |  | **Rubéole-Oreillons-Rougeoles** |  |
| **Poliomyélite** |  |  |  | **Coqueluche** |  |
| **Ou DT polio** |  |  |  |  |  |
| **Ou Tétracoq** |  |  |  |  |  |
| **Autres (préciser)** |  |  |  |  |  |

Je soussigné(e) ……………………………………………………………………………………….…………………………………………………...….. (Père, Mère ou représentant légal), déclare que mon enfant est à jour dans ses vaccinations.

1. **Renseignements médicaux concernant le jeune**

**Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

Rubéole : oui - non Varicelle : oui - non Angine : oui - non

Rhumatisme articulaire aigu : oui - non Scarlatine : oui - non Coqueluche : oui - non

Otite : oui - non Rougeole : oui - non Oreillons : oui - non

**Indiquez ci-après :**

Les éventuelles difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, …) en précisant les précautions à prendre.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Allergies et autres problèmes de santés :**

Médicamenteuses : oui – non Alimentaires : oui – non Respiratoires : oui – non

Autres : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) : ………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Si **PAI** (Projet d’Accueil Individualisé), merci de nous fournir une copie du document, accompagné du traitement (NOM et Prénom inscrit sur chaque boîte) et la conduite à tenir.

1. **Assurances en responsabilité civile**

La commune a conclu une police d’assurance en responsabilité civile. L’enfant doit être couvert par la responsabilité civile de ses parents ou de la personne qui en est responsable.

Je soussigné(e) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..

agissant en qualité de : 🞎 père 🞎 mère ou 🞎 représentant légal **Atteste** avoir conclu une police d’assurance en responsabilité civile.

**NOM de l’Assureur : …………………………………………………………………..………… N° : …………………………………………………………..**

1. **Autorisations**

Je soussigné(e) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..

agissant en qualité de : 🞎 père 🞎 mère ou 🞎 représentant légal

**Autorise** mon enfant à s’inscrire à la **M**aison **D**es **J**eunes, située au : 40, Boulevard des Sports 77 700 BAILLY-ROMAINVILLIERS.

**Atteste** avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure : [www.bailly-romainvilliers.fr](http://www.bailly-romainvilliers.fr)

**Atteste** avoir pris connaissance que la structure fonctionne sur le principe d’une structure **ouverte**. De ce fait, les jeunes arrivent et repartent à tout moment durant les heures d’ouvertures énoncés à l’article 2 du règlement intérieur.

**Pratiques sportives, …** **Autorise** *(rayer la mention inutile)* **N’autorise pas**

les animateurs du service jeunesse à faire pratiquer à mon enfant, toutes les activités sportives, culturelles, manuelles, ou de détente organisées dans le cadre des actions de la Maison Des Jeunes, sauf contre indications médicales spécifiées dans la fiche de renseignements et accompagnée d’un certificat médical.

**Mesures médicales** **Autorise** *(rayer la mention inutile)* **N’autorise pas**

les agents du service jeunesse de Bailly-Romainvilliers à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (soins, appel au secours, hospitalisation, actes chirurgicaux) rendues nécessaires en cas d’accident survenu à mon enfant.

**Droit à l’image** **Autorise** *(rayer la mention inutile)* **N’autorise pas**

la ville de Bailly-Romainvilliers à réaliser et exploiter, sur l’ensemble de ses supports pédagogiques et de communication, l’image de mon enfant pour la présentation et l’illustration des actions qui sont menées en direction du service jeunesse.

**Autonomie en soirée** **Autorise** *(rayer la mention inutile)* **N’autorise pas**

mon enfant, à rentrer seul(e) lors des soirées organisées par le service (au-delà de 19h00).

NB : *Une autorisation parentale sera remise au jeune pour chaque sorties (et certaines soirées) organisées par l’équipe du service jeunesse et devra être dûment remplie et signée par le représentant légal.*

**Je soussigné(e) ………………………………………………………………..….. (Père, Mère ou représentant légal) déclare exact les informations portées sur cette fiche de renseignement.**

**Fait le ……../………/201 Signature(s) :**