photo d'identité récente

Fiche administrative 2023
Accueil Loisirs ados

*Les informations sont valables du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2023. Elles sont utilisées exclusivement pour la maison des jeunes de **SIVOM**. Vous bénéficiez du droit d'accès et de modification de ces données. Demande à faire par courriel à accueildeloisirs@lepertre.fr .*
** = informations facultatives*

S.I.V.O.M
Le Pertre & Saint-Cyr-Le-Gravelais

Renseignements :

Nom et prénom du jeune……

Né (e) le : ….. .../……...../.20…….. ☐ Fille ☐ Garçon

Etablissement scolaire : ……... …. *Niveau scolaire ……...

Le jeune possède t-il un téléphone portable ? ☐ **Oui** ☐ **Non** ***Si oui, n°** ……

Assurance individuelle accident : Compagnie : …… N° contrat : ……

Responsable Légal 1	**Responsable légal 2**
Nom :	**Nom :** .....
Prénom : ……..	**Prénom** : ……..
Adresse postale : …….. ……	**Adresse postale :** …….. ……
Téléphone (contact et urgence) : ……	**Téléphone (contact et urgence) :** ……
*** Téléphone employeur :** ……	*** Téléphone employeur :** ……
Diffusion d'informations en lien avec la jeunesse	**Diffusion d'informations en lien avec la jeunesse**
*** @ Courriel :**……..	*** @ Courriel :**……..

Personnes autorisées à venir chercher le jeune et à contacter en cas de non réponse des responsables légaux : (liste exhaustive)

Nom et prénom : …….. Lien :…… Téléphone : ……..
Nom et prénom : …….. Lien :…… Téléphone : ……..
Nom et prénom : …….. Lien :…… Téléphone : ……..
Nom et prénom : …….. Lien :…… Téléphone : ……..
Nom et prénom : …….. Lien :…… Téléphone : ……..

REGIME ALLOCATAIRE : ☐ C.A.F ☐ M.S.A N° Allocataire : …….. Autre régime : ……

Contrôle automatique du quotient CAF par l'accueil de loisirs ados : ☐ Oui ☐ Non
Le cas échéant, merci de fournir une attestation

Droit à l'image : j'autorise l'utilisation de l'image du jeune (photos, films et voix) dans les supports de communication communaux et la presse : ☐ Oui ☐ Non

Fiche sanitaire : *L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles /Arrêté du 28 mai 2018*

Vaccinations			
Vaccins obligatoires	Date du dernier rappel	**Vaccins recommandes**	Date du dernier rappel
Diphtérie		Coqueluche	
Tétanos		Haemophilus	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Une photocopie du carnet de vaccination ou attestation du médecin **est obligatoire**.			

*** Antécédents médicaux ou chirurgicaux, allergies médicamenteuses** utile à la prise en charge du jeune : …… ..

J'autorise l'utilisation de sérum physiologique et de désinfectant (allergie ou réaction à l'iode) ☐ Oui ☐ Non

En cas d'hospitalisation, j'autorise la direction à prendre les mesures rendues nécessaires par l'état de santé du jeune ☐ Oui ☐ Non

→ **En cas d'urgence, le SAMU ou les pompiers prennent la décision du lieu d'hospitalisation**

Protocole d'Accueil individualisé :

Rencontre obligatoire avec la responsable la maison des jeunes.

Le jeune … ☐ a une pathologie chronique (asthme, épilepsie, diabète….)
☐ a une allergie alimentaire
☐ est en situation de handicap

*** Régime alimentaire spécifique :** ☐ non ☐ sans viande de porc ☐ végétarien

Autorisations de sortie non accompagné d'un adulte :

Lors des activités, j'autorise le jeune :

A partir seul, en journée ☐ **Oui** ☐ **Non**
A partir seul, en soirée (après 20h) ☐ **Oui** ☐ **Non**

Sur les temps d'accueil libre, j'autorise le jeune :

A partir seul à l'heure qu'il souhaite. Il peut aller et venir librement .

☐ **Oui** ☐ **Non**

Règlement intérieur :

☐ J'ai pris connaissance que les horaires sont variables selon la programmation proposée

☐ Je reconnais avoir pris connaissance des conditions tarifaires et j'en accepte les conditions.

Date et signature :