

Fiche administrative

Accueil Loisirs ados

photo d'identité récente

Les informations sont valables du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2024. 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 accueiladolescents@lepertre.fr.

* = informations facultatives

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



S.I.V.O.M

Le Pertre & Saint-Cyr-Le-Gravelais



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 recommandés	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 :