|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DIRECTION « SPORT – JEUNESSE – VIE ASSOCIATIVE »  Place Général de Gaulle – BP 301  50700 VALOGNES |  | Fiche d’inscription, autorisation parentale  et fiche sanitaire |

Espace Jeunes

Rentrée scolaire 2023/2024

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Inscription du jeune | | | | | |
| Nom – Prénom : ………………………………………………………………………………………………………. Sexe : 🞏 masculin 🞏 féminin | | | | | |
| Date de naissance : …………………………………………………………………………………………………. | | | | | |
| N° de portable : ………………………………………………………………………………………………………. Adresse mail :……………………………………………………………………………………………………… | | | | | |
| Établissement scolaire fréquenté : ………………………………………………………………………….. Classe : ………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | |
| Parent(s) du jeune ou responsable légal | | | | | |
| Parent 1 : | | Parent 2 : | | | |
| Nom - Prénom : | | Nom - Prénom : | | | |
| Date de naissance : | | Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | Adresse (si différente du parent 1) : | | | |
|  | |  | | | |
| Autorité parentale : 🞏 OUI 🞏 NON | | Autorité parentale : 🞏 OUI 🞏 NON | | | |
| Tél. fixe : ……/……/……/……/…… Tél. portable : ……/……/……/……/…… | | Tél. fixe : ……/……/……/……/…… Tél. portable : ……/……/……/……/…… | | | |
| Tél. professionnel : | | Tél. professionnel : | | | |
| Profession : | | Profession : | | | |
| Employeur : | | Employeur : | | | |
| Renseignements administratifs | | | | | |
| Situation familiale des parents (pacsé, marié, séparé, divorcé…) : . | | | | | |
| Nom et prénom du conjoint si famille recomposée : …………………………………………………………………...Tél. du conjoint : …………………………………………………………………… | | | | | |
| Personnes à prévenir en cas d’urgence (en dehors des parents) | | | | | |
| Nom – Qualité – Tél. : | | | | | |
| Nom – Qualité – Tél. : | | | | | |
| Personne(s) majeure(s) autorisée(s) à récupérer le jeune | | | | | |
| Parent 1 : 🞏 OUI 🞏 NON | Parent 2 : 🞏 OUI 🞏 NON | | Conjoint si famille recomposée : 🞏 OUI 🞏 NON | | |
| Nom – Qualité – Tél. : ………………………………………………………………………………………………………. Nom – Qualité – Tél. : ……………………………………………………………………………………………………………… | | | | | |
| Autorisations parentales | | | | | |
| Je soussigné(e) Père-Mère agissant en qualité de responsable légal | | | | | |
| * Autorise mon enfant à participer aux activités organisées au sein de l’Espace Jeunes (activités sportives et de loisirs, sorties pédagogiques, soirées…). | | | | 🞏 OUI 🞏 NON |
|  | | | |  |
| * Autorise mon enfant à repartir seul de l’Espace Jeunes à la fin des activités programmées (activités sportives et de loisirs, sorties pédagogiques, soirées…). | | | | 🞏 OUI 🞏 NON |
|  | | | |  |
| * Autorise la réalisation de photographies et de vidéos sur lesquelles mon ado figure pour des publications municipales liées aux activités développées. | | | | 🞏 OUI 🞏 NON |
|  | | | |  |
| * Autorise mon enfant à être transporté dans le cadre des activités organisées au sein de l’Espace Jeunes (transporteur, minibus, véhicule municipal). | | | | 🞏 OUI 🞏 NON |
|  | | | |  |
| * Autorise les animateurs à prendre toutes les mesures d’interventions d’urgence rendues nécessaires par l’état de santé de mon ado (hospitalisations…). | | | | 🞏 OUI 🞏 NON |
|  | | | |  |
| * Autorise l’équipe d’animation à communiquer à mon ado des informations relatives au fonctionnement de la structure via les réseaux sociaux. | | | | 🞏 OUI 🞏 NON |
|  | | | |  |
| Engagement du jeune | | | | | |
| Je soussigné(e) | | | | | |
| Reconnais avoir pris connaissance du règlement de l’Espace Jeunes régissant les activités organisées au sein de la structure et en accepte l’application.  <https://www.mairie-valognes.fr/culture-sport-et-vie-associative/culture/espace-culturel-de-lhotel-dieu/attachment/reglementinterieurhoteldieucm8avril2019/> | | | | 🞏 OUI 🞏 NON |

1. **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **oui** | **non** | **DATES DES**  **DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDÉS** | **DATES** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |
| **Ou** DT polio |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| **Ou** Tétracoq |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

1. **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

**L’enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non**

**Si oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants ***(boîtes de médicaments dans leur* *emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).*** Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALLERGIES** : | ASTHME | oui | non |  | MÉDICAMENTEUSES | oui | non |
|  | ALIMENTAIRES | oui | non | | AUTRES | | |

1. **INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS** **À** **PRENDRE**.

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

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

1. **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC… PRÉCISEZ.

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

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT ………………..................................................................................................................................TEL : ........./........./......../........./........./.........................................................................

*Je soussigné, ...............................................................................................responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l’établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Signature(s) du ou des responsable(s) Signature du jeune :