

JEUNE

Nom : Prénoms :
Né (e) le à
adresse :
.....

RESPONSABLES LEGAUX

Mère : Nom de jeune fille : Autorité parentale oui non
(si non joindre photocopie de la décision judiciaire)

Nom marital : Prénom :

Situation familiale :

Adresse (si différente de l'enfant)
.....
.....

Tel domicile Tel professionnel portable

Adresse email :

Employeur : Profession

N° sécurité sociale :

CAF : N° d'allocataire (obligatoire)

Père : Nom : Autorité parentale oui non (idem)

Prénom :

Situation familiale :

Adresse (si différente de l'enfant)
.....
.....

Tel domicile Tel professionnel portable

Adresse email :

Employeur : Profession

N° sécurité sociale :

CAF : N° d'allocataire (obligatoire)

SANTÉ (photocopies vaccinations obligatoires)

Médecin traitant (nom adresse, tel)
.....

En cas d'urgence, l'enfant est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté, la famille étant immédiatement avertie.

J'autorise le responsable du pôle jeunesse à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence

Signature :

Allergies ou particularités : Asthme : oui / non, alimentaire : oui / non, médicamenteuse : oui / non

Précisez les causes de l'allergie et la conduite à tenir selon les particularités:

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES	VACCINS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres	
Ou tetracoq					
BCG / monotest					

ASSURANCE (attestation jointe)

Compagnie d'assurance : N° de contrat :
 (attestation individuelle accident + responsabilité civile)

DIFFUSION (web/presse)

Je donne mon accord à la diffusion :

- de l'enregistrement audiovisuel de mon enfant
- des photographies de mon enfant
- des enregistrements sonores de sa voix
- des créations réalisées par mon enfant

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

AUTORISATIONS

Autorisez-vous votre enfant à regagner librement votre domicile ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|------------------------------|------------------------------|

Autorisez-vous votre enfant à utiliser les modes de transport ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|------------------------------|------------------------------|

Acceptez-vous de participer à un groupe de réflexion sur la jeunesse ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|------------------------------|------------------------------|

Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur ce document.

Date :

Signature du (des) responsable (s) légal (aux) :



COMMUNAUTÉ
DE COMMUNES

Communauté de communes des Vosges du sud

26 bis Grande Rue

90170 Étueffont

www.ccvosgesdusud.fr

Standard 03 84 54 70 80 - Télécopie 03 84 54 66 54