

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2019-2020

AJICO – Accueil de Jeunes 14 – 20 ans

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ **Garçon** **Fille**

Tél. portable :

E- Mail :

AUTORISATIONS PARENTALES

● **Responsables légaux de l'enfant**

Nom : Prénom :

Adresse :

Commune :

Tél. portable : Tél. portable :

E-Mail :

N° Allocataire CAF / MSA.....

● **Soins d'urgence / hospitalisation**

Je soussigné(e) Mr ou Mme autorise les responsables de la structure à présenter mon enfant (nom et prénom) à un médecin, de préférence le Docteur Tél. : en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire à l'hospitaliser.

● **Droit à l'image**

J'autorise la diffusion des photographies de mon enfant réalisées dans le cadre des activités péri et extra scolaires (publications municipales) OUI NON

INFORMATIONS SANTÉ

● **Vaccinations** (se référer au carnet de santé) :

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE DU DERNIER RAPPEL
DT polio (<u>Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite</u>)	

● **Allergies :**

	Précisez :	PAI		Traitement médical	
		oui	non	oui	non
Alimentaires					
Asthme					
Médicamenteuses					
Autre					

Notification MDPH : oui non

Pour tout traitement médical, joindre un certificat médical, l'ordonnance et les médicaments (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice).

● **Autres informations**

(Maladie, accident, hospitalisation, opération ...) en précisant les dates et **les précautions à prendre et toutes les informations que vous jugerez utiles :**

.....

.....

L'adhésion annuelle de 2€ par Jeune, sera facturée à la fin du mois / réglée en espèce ou chèques vacances UNIQUEMENT.

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, certifie exacts les renseignements ci-dessus.

Fait à
Le
Signature :