

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### 1 / RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JEUNE

NOM : .....

Prénom : .....

Date De Naissance : ..... / ..... / ..... Lieu De Naissance : .....

N° Portable : .....

### 2 / RESPONSABLES LEGAUX

|                          | Responsable 1 | Responsable 2 |
|--------------------------|---------------|---------------|
| NOM Prénom               |               |               |
| Adresse                  |               |               |
| Date / Lieu De Naissance |               |               |
| N° Portable              |               |               |
| Adresse Mail             |               |               |
| Profession               |               |               |
| N° Travail               |               |               |

### 3 / AUTRES PERSONNES A CONTACTER

| NOM | Prénom | Adresse | Téléphone |
|-----|--------|---------|-----------|
|     |        |         |           |
|     |        |         |           |
|     |        |         |           |

# Dossier Inscription

## ESPACE JEUNES 2025



SERVICE JEUNESSE  
TON ESPACE. TES IDEES.  
TON KIFFE

### 4 / RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

MÉDECIN TRAITANT

NOM : Dr .....

Téléphone : .....

Ville : .....

Adresse : .....

Remarque sur la santé du jeune (traitement particulier, allergies, régime alimentaire, port de lunettes) :

### 5 / AUTORISATIONS

Je soussigné(e) M./Mme..... Responsable légal du jeune .....

Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier d'inscription ET :

\*Entourez la réponse souhaitée

|   |            |
|---|------------|
| <b>Certifie</b> avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Espace Jeunes auquel mon enfant est inscrit et à en accepter les conditions.  | Oui<br>Non |
| <b>Autorise</b> la direction à consulter et conserver l'attestation du quotient familial  | Oui<br>Non |
| <b>Autorise</b> mon enfant à participer aux activités proposées par l'Espace Jeunes pour l'année, dans le cadre des horaires d'ouverture de la structure.   | Oui<br>Non |
| <b>Autorise</b> les responsables de la structure, à prendre toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant et par conséquent, d'orienter les secours vers l'hôpital le plus proche. | Oui<br>Non |
| <b>Autorise</b> l'Espace Jeunes à publier des photographies de mes enfants lors des activités sur : Site Internet, Panneau Pocket (Site d'information communale), Facebook, Instagram, <u>Tik Tok</u> , Articles de presse.                       | Oui<br>Non |
| <b>Autorise</b> mon enfant à quitter seul l'Espace Jeunes   | Oui<br>Non |

# Dossier Inscription ESPACE JEUNES 2025



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS Cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles

N° 10008\*02

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025

### ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le temps d'accueil de l'enfant et séjour. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours.*

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ☐

**1 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations 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          |     |     |                            | BCG                        |       |
| Ou Tétracoq          |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

**Attention** : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

### 2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le temps d'accueil / séjour ? 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).

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| RUBEOLE   | VARICELLE   | ANGINE  | OREILLONS   | SCARLATINE  |
| Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> |
| COQUELUCHE  | OTITE   | ROUGEOLE  | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ                         |   |
| Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> |   |

# Dossier Inscription

## ESPACE JEUNES 2025



SERVICE JEUNESSE  
TON ESPACE. TES IDEES.  
TON KIFFE

**Allergies :** **ASTHME** Oui ☐ Non ☐ **ALIMENTAIRES** Oui ☐ Non ☐ **MEDICAMENTEUSES** Oui ☐ Non ☐

**AUTRES** \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

---

---

**Indiquez ci-après :**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

---

**Observations diverses :**

---

---

### 3 - AUTORISATION

☐ En cas de coup ou de piqûre d'insecte j'autorise le CCAS à appliquer de l'arnica gel ou de la crème/pommade apaisante.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable de l'Espace Jeunes à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation durant un séjour.

**N° de sécurité sociale de l'enfant :** \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

## DOCUMENTS A FOURNIR

- Fiche d'inscription
- Fiche sanitaire de liaison
- Photocopie des vaccins
- Attestation CAF ou MSA (Quotient Familial)
  - Photocopie de la responsabilité civile
- Photocopie de l'attestation de Carte Vitale (séjours)
- Acceptation du règlement intérieur signé (parents ou familles d'accueil et jeunes)
- Attestation d'aisance aquatique (facultatif)



## ACCEPTATION DU RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Le règlement intérieur est disponible dans les locaux du centre social  
mais aussi sur notre site :



*Enfant :*

*Monsieur :*

*Madame, Melle :*

Déclare (nt) avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du Service  
Jeunesse de Craponne sur Arzon et s'engage (nt) à le respecter.

Lu et approuvé

Le.....à.....

Signature du jeune :

Signature des parents ou famille d'accueil :

Signature du responsable  
Du Service Jeunesse :