

FICHE ESPACE JEUNES



PARTIE À REMPLIR PAR LE JEUNE

Saison :

Nom de l'adhérent: Prénom: Sexe: M F
Date de naissance :
Téléphone mobile : e-mail :

Souhaiterais-tu communiquer une information à l'équipe d'animation ?

Je soussigné.e atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de la MJC et de l'Espace jeunes et m'engage à le respecter.

Fait à Brindas, le / / 20 Signature du jeune :

PARTIE À REMPLIR PAR LES PARENTS

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccination obligatoire : Joindre une photocopie du carnet de vaccination, ou renseigner les informations ci-dessous

DT Polio oui non date : Autres :

Taille : Poids : Pointure :

Allergies Alimentaire oui non Médicamenteuse oui non Autre :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non Si oui **joindre une ordonnance récente** et les médicaments correspondants (boîtes, dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec leurs notices.) **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Appareil dentaire: oui non Lunettes: oui non Lentilles: oui non Prothèses auditives: oui non

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? oui non si oui précisez :

L'enfant dispose-t-il d'un PAI ? oui non si oui joindre le document

Indiquez si nécessaire :

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Je soussigné.e, Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Espace Jeunes de la MJC de Brindas à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :