



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2023-2024

## SERVICE ENFANCE JEUNESSE

<b>NOM DU JEUNE</b>	<b>PRENOM</b>
<b>DATE DE NAISSANCE</b>	<input type="checkbox"/> <b>GARCON</b> <input type="checkbox"/> <b>FILLE</b>
<b>N° TEL</b>	

### 1. RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

- MARIÉS, VIE MARITALE, PACSES       CELIBATAIRES       DIVORCES, SEPARÉS       VEUFS(VE)  
 JOINDRE UNE COPIE DU JUGEMENT

#### PARENT 1

- PERE       MERE       TUTEUR LEGAL

NOM

PRENOM

NATIONALITE

FRANÇAISE

FRANCO-SUISSE

AUTRE :

.....

ADRESSE

CP - VILLE

TEL PROF.

PORTABLE

MAIL

N° ALLOCATAIRE ET QF

(JOINDRE L'ATTESTATION CAF OU LA DECLARATION D'IMPOT D'IMPOT)

#### PARENT 2

- PERE       MERE       TUTEUR LEGAL

NOM

PRENOM

NATIONALITE

FRANÇAISE

FRANCO-SUISSE

AUTRE :

.....

ADRESSE

CP - VILLE

TEL PROF.

PORTABLE

MAIL

N° ALLOCATAIRE ET QF

(JOINDRE L'ATTESTATION CAF OU LA DECLARATION D'IMPOT)

**Attention, correspondances + facturation envoyées par mail uniquement au parent 1**

### 2. PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (EN DEHORS DES RESPONSABLES LEGAUX – ETRE DOMICILIES ET/OU TRAVAILLER A PROXIMITE)

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (NOM, PRENOM, TEL)

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (NOM, PRENOM, TEL)

### 3. VACCINATIONS

JOINDRE LA COPIE DU CARNET DE SANTE. SI VOTRE ENFANT N'A PAS LE VACCIN OBLIGATOIRE, JOINDRE UN **CERTIFICAT**

#### MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

VACCIN OBLIGATOIRE	OUI		NON		DATE DE RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES		OUI		NON		DATE DE RAPPELS
DTP POLIO						HEPATITE B						
						RUBEOLE-OREILLONS-ROUGEOLE						
						COQUELUCHE						
						AUTRES - BCG						

### 4. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

#### ALLERGIES

ASTHME

ALIMENTAIRE

MEDICAMENTEUSE

OUI

OUI

OUI

NON

NON

NON

LAQUELLE

CONDUITE A TENIR

#### UN PROTOCOLE D'ACCUEIL

**INDIVIDUALISE (PAI)** A-T-IL ETE SIGNE ?

OUI

NON

LE JOINDRE AU PLUS VITE EN FORMAT PAPIER AUX ANIMATEURS DE L'ESPACE JEUNES

AUTRES DIFFICULTES DE SANTE

**L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ?**       OUI       NON

SI OUI, FOURNIR AUX ANIMATEURS DE L'ESPACE JEUNES L'ORDONNANCE AVEC LES MEDICAMENTS : BOITE DE MEDICAMENTS NON PERIMES DANS LEUR EMBALLAGE D'ORIGINE MARQUEE AUX NOM ET PRENOM DU JEUNE AVEC LA NOTICE.

**5. REGIME ALIMENTAIRE**

OUI       NON      PARTICULARITES

**6. TRANSPORTS**

LES ANIMATEURS DE L'ESPACE JEUNES TRANSPORTERONT LES JEUNES LORS DES ACTIVITES OU SORTIES DANS LES VEHICULES COMMUNAUX. SUR INSCRIPTION PREALABLE, LES JEUNES PARTICIPANT AUX ACTIVITES DURANT LA SEMAINE POURRONT ETRE RACCOMPAGNES A LEUR DOMICILE PAR LES ANIMATEURS NOTAMMENT LORS D'INTEMPERIES OU EN PERIODE HIVERNALE.

J'AUTORISE LE TRANSPORT

JE REFUSE LE TRANSPORT

**7. DROIT A L'IMAGE ET A LA CAPTATION DE LA VOIX**

LA COMMUNE EST AUTORISEE ET CE, EXCLUSIVEMENT A DES FINS NON COMMERCIALES, A EXPOSER OU DIFFUSER LES PHOTOGRAPHIES ET DOCUMENTS AUDIOVISUELS DANS LES SUPPORTS DE COMMUNICATION (INTERNET - INSTAGRAM, WATSAPP ...-, PRESSE, PANNEAUX D'EXPOSITIONS, DIAPORAMAS...) SAUF REFUS EXPLICITE ET ECRITS DES REPRESENTANTS LEGAUX DE L'ENFANT.

**8. FACTURATION**

LES FACTURES SONT DEMATERIALISEES POUR TOUS (PAS D'ENVOI PAR VOIE POSTALE). VOUS RECEVREZ UN MAIL INDIQUANT LA DISPONIBILITE D'UNE FACTURE SUR LE PORTAIL FAMILLE. LE PAIEMENT PEUT S'EFFECTUER EN ESPECES, CB, CHEQUES, PRELEVEMENT AUTOMATIQUE (JOINDRE UN RIB).

**ATTENTION,** VOUS DISPOSEZ DE DIX JOURS EN CAS DE CONTESTATION.

JE SOUSSIGNE(E)

RESPONSABLE DU JEUNE DECLARE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS

PORTES SUR CETTE FICHE ET AUTORISE, LE CAS ECHEANT, TOUTES MESURES RENDUES NECESSAIRES PAR L'ETAT DE SANTE DE MON ENFANT. EN CAS D'URGENCE, LE SERVICE VOUS CONTACTERA IMMEDIATEMENT ET VOTRE ENFANT SERA TRANSPORTE PAR LES SERVICES DE SECOURS VERS L'HOPITAL LE MIEUX ADAPTE.

**JE M'ENGAGE A PRENDRE CONNAISSANCE SUR LE SITE [WWW.EPAGNYMETZTESSY.FR](http://WWW.EPAGNYMETZTESSY.FR) ET ACCEPTE :**

- **LE REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT DE L'ESPACE JEUNES EN VIGUEUR (DISPONIBLE EGALEMENT A L'ESPACE JEUNES)**
- **LES TARIFS**

**UN COMPTE VOUS SERA CREE SUR LE PORTAIL FAMILLE : [HTTPS://ESPACE-](https://espace-citoyens.net/epagnymetztesy/espace-citoyens)**

**[CITOYENS.NET/EPAGNYMETZTESSY/ESPACE-CITOYENS](https://espace-citoyens.net/epagnymetztesy/espace-citoyens)) ET UN MAIL D'ACTIVATION VOUS PARVIENDRA AFIN D'ACCEDER A VOTRE ESPACE.**

**CE COMPTE SERA MIS A JOUR PAR VOS SOINS TOUT AU LONG DE L'ANNEE, EN CAS DE MODIFICATION.**

DATE

SIGNATURE

**Liste des documents à fournir :**

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Attestation de quotient familial MSA/CAF du mois en cours ou avis d'imposition du foyer (N-1)
- Copie de la page des vaccinations du carnet de santé
- Attestation d'assurance responsabilité civile de l'année en cours
- Copie du Livret de famille avec les pages parents/enfants
- Un chèque à l'ordre du « service jeunesse » ou 5€ en espèces pour l'adhésion annuelle



**CONTACT:**

Léa: 06 88 60 42 95

Victor : 06 31 00 21 04

[espacejeunes@epagnymetztesy.fr](mailto:espacejeunes@epagnymetztesy.fr)

RETROUVEZ TOUTES LES ACTUALITES DE L'ESPACE JEUNES SUR LES RESEAUX SOCIAUX

