



Pont-de-Buis
les Quimerch

Ouvert sur le monde

ESPACE JEUNES

FICHE DE RENSEIGNEMENT

Nom de l'enfant : Prénom :

Né(e) le / / à

Adresse de l'enfant :

Sexe : F ☐ M ☐

Etablissement fréquenté :

S'il en a : Téléphone portable : Mail :

Classe :

Responsable de l'enfant : Père : ☐ Mère : ☐ autre (tuteur) : ☐

Situation familiale : Mariés : ☐ Vie maritale : ☐ Divorcé(e)/Séparé(e) ☐ Célibataire : ☐ Veuf : ☐

PARENT 1	PARENT 2	AUTRE (TUTEUR.....)
NOM.....	NOM.....	NOM.....
PRENOM.....	PRENOM.....	PRENOM.....
ADRESSE (si différente de l'enfant) :	ADRESSE (si différente de l'enfant) :	ADRESSE (si différente de l'enfant) :
.....		
.....		
Tél fixe.....	Tél fixe.....	Tél fixe.....
Tél portable.....	Tél portable.....	Tél portable.....
Tél travail.....	Tél travail.....	Tél travail.....
Mail	Mail	Mail

Autre personne pouvant être contactée en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Tél fixe..... Tél portable :

Lien avec l'enfant :

Assurance :

Le responsable de l'enfant déclare avoir souscrite une assurance responsabilité civile et une garantie individuelle accident.

☐ Oui ☐ Non

Facturation :

Coordonnées de la personne à facturer : (pour toutes nouvelles demandes ou modifications de prélèvement automatique, merci de bien vouloir contacter le service comptabilité.)

Nom..... Prénom.....

Adresse complète.....

Renseignements sanitaires de l'enfant

* Nom du **médecin traitant**..... Tél :

* L'enfant a-t-il un **traitement médical ou un PAI (projet d'accueil individualisé)** ☐ oui ☐ non

Si oui, merci de bien vouloir fournir l'ordonnance ou une photocopie du PAI ainsi que le traitement médical.
Obligatoire (Aucun traitement médical ne pourra être pris sans ordonnance)

.....

* **Allergies :** Médicamenteuses ☐ oui ☐ non asthme ☐ oui ☐ non
Alimentaires ☐ oui ☐ non autres ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser la **cause de l'allergie et la conduite à tenir** :

.....

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

.....

* L'enfant suit-il un **régime alimentaire particulier** ☐ Oui ☐ Non *préciser*.....

* **Vaccinations obligatoires : DTP** (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) **valable jusqu'au** :

Copie des vaccins à jour, à joindre

* **L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :**

Rubéole ☐ varicelle ☐ angine ☐ rhumatisme ☐ scarlatine ☐
Coqueluche ☐ rougeole ☐ otite ☐ oreillons ☐

Je soussigné,, **responsable légal de** ☐ Oui ☐ Non
l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures ☐ Oui ☐ Non
(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :

Autorisations parentales

Autorisation de participation :

J'autorise mon enfant à :

- Participer aux activités et aux sorties organisées par l'Espace Jeunes. ☐ Oui ☐ Non
- Utiliser les moyens de transports (mini bus, bus...) mis à disposition (Pour les activités extérieures ou sur les Foyers libres, aux alentours de la commune) ☐ Oui ☐ Non
- J'atteste que mon enfant n'a pas de contre-indication à la pratique du sport. ☐ Oui ☐ Non

Si votre enfant a l'ASSN (Attestation Scolaire Savoir Nager) merci de la joindre au dossier

Autorisation de quitter seul(e) l'Espace Jeunes, sous la responsabilité des parents :

J'autorise mon enfant à :

- Rentrer seul.e après les activités de l'Espace Jeunes. ☐ Oui ☐ Non
- Rentrer seul.e des lieux alentours sur la commune (gymnase, médiathèque...) ☐ Oui ☐ Non
- Rentrer seul.e après les soirées organisées par l'Espace Jeunes (21h45/23h) ☐ Oui ☐ Non
- Quitter l'Espace Jeunes quand il ou elle le souhaite, lors des foyers libres. (Dans ce cas le/la jeune doit prévenir l'animatrice de son départ et de son retour.) ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez coché non, une autorisation parentale devra être fournie, si l'enfant doit exceptionnellement quitter l'Espace Jeunes seul.e.

J'autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon enfant :

Nom	Prénom	Liens de parenté	Numéro de téléphone

Une autorisation parentale exceptionnelle devra être fournie, si l'enfant doit quitter l'Espace Jeunes avec un adulte différent des parents ou des personnes notifiées ci-dessus.

Droit à l'image

- J'autorise les services à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités afin d'être utilisé par l'Espace Jeunes et dans les publications de la commune (presse, site internet, Facebook, ...) ☐ Oui ☐ Non

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :



Pont-de-Buis
lès Quimerch

Ouvert sur le monde

Données personnelles (RGPD)

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la commune de Pont-de-Buis les Quimerch afin de bénéficier des services suivants : Espace Jeunes et comptabilité. Elles sont conservées pour la durée d'utilité du traitement (attestation de présence ou de facturation) et sont destinées aux services Enfance Jeunesse de Pont-de-Buis les Quimerch.

Conformément à la loi « informatique et libertés » et au règlement général de protection des Données (RGPD), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant la mairie par courrier ou mail : direction-enfance@pontdebuislesquimerch.fr ou espace-jeunes@pontdebuislesquimerch.fr

Je m'engage à :

- Transmettre les doubles des PAI en fonction des lieux d'accueil de mon enfant (à voir avec le médecin)
- Respecter strictement les horaires et décharger l'organisateur de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures et des lieux où se déroulent les activités.
- Prévenir de tout changement concernant la situation familiale ou la santé de mon enfant.
- Rembourser les frais médicaux éventuellement avancés par la collectivité.
- Dégager les services de toute responsabilité en cas de perte, de vol ou de détérioration d'objet personnels appartenant à mon enfant.
- Respecter les règlements de fonctionnement des structures d'accueil :

J'ai lu et j'approuve le règlement de fonctionnement de l'Espace Jeunes.

☐ Oui

☐ Non

Je soussigné(e).....

Responsable légal de l'enfant.....

Déclare exacts les renseignements mentionnés sur la fiche de renseignements

Fait à....., le /...../.....

Signature du responsable légal précédée de la mention « **lu et approuvé** »