

ESPACE JEUNES  
RENTRÉE SCOLAIRE 2025/2026

Inscription du jeune

Nom – Prénom : ..... Sexe :  masculin  féminin  
 Date de naissance : .....  
 N° de portable : ..... Adresse mail : .....  
 Établissement scolaire fréquenté : ..... Classe : .....

Parent(s) du jeune ou responsable légal

<b>Parent 1 :</b> Nom - Prénom : ..... Date de naissance : ..... Adresse : ..... Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Tél. fixe : ...../...../...../...../..... Tél. portable : ...../...../...../...../..... Tél. professionnel : ..... Profession : ..... Employeur : .....	<b>Parent 2 :</b> Nom - Prénom : ..... Date de naissance : ..... Adresse (si différente du parent 1) : ..... Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Tél. fixe : ...../...../...../...../..... Tél. portable : ...../...../...../...../..... Tél. professionnel : ..... Profession : ..... Employeur : .....
---	---

Renseignements administratifs

Situation familiale des parents (pacsé, marié, séparé, divorcé...) : .....  
 Nom et prénom du conjoint si famille recomposée : ..... Tél. du conjoint : .....

Personnes à prévenir en cas d'urgence (en dehors des parents)

Nom – Qualité – Tél. : .....  
 Nom – Qualité – Tél. : .....

Personne(s) majeure(s) autorisée(s) à récupérer le jeune

Parent 1 :  OUI  NON | Parent 2 :  OUI  NON | Conjoint si famille recomposée :  OUI  NON  
 Nom – Qualité – Tél. : ..... Nom – Qualité – Tél. : .....

Autorisations parentales

Je soussigné(e) ..... Père-Mère agissant en qualité de responsable légal

- Autorise mon enfant à participer aux activités organisées au sein de l'Espace Jeunes (activités sportives et de loisirs, sorties pédagogiques, soirées...).	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- Autorise mon enfant à repartir seul de l'Espace Jeunes à la fin des activités programmées (activités sportives et de loisirs, sorties pédagogiques, soirées...).	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- Autorise la réalisation de photographies et de vidéos sur lesquelles mon ado figure pour des publications municipales liées aux activités développées.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- Autorise mon enfant à être transporté dans le cadre des activités organisées au sein de l'Espace Jeunes (transporteur, minibus, véhicule municipal).	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- Autorise les animateurs à prendre toutes les mesures d'interventions d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de mon ado (hospitalisations...).	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- Autorise l'équipe d'animation à communiquer à mon ado des informations relatives au fonctionnement de la structure via les réseaux sociaux.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Engagement du jeune

Je soussigné(e) .....

Reconnais avoir pris connaissance du règlement de l'Espace Jeunes régissant les activités organisées au sein de la structure et en accepte l'application.  OUI  NON

1. **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2. **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical ?

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**). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES

3. **INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
 .....

4. **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
 .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT ..... TEL : ...../...../...../...../...../.....

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

Signature(s) du ou des responsable(s)

Signature du jeune :