

**FICHE ADMINISTRATIVE
LOCAL JEUNES-LIGUE DE L'ENSEIGNEMENT**

La partie des parents :

Nom/prénom du ou des responsables légaux :

N° allocation CAF :Code tarif :

<u>Nom/Prénom du parent 1</u>	<u>Nom/Prénom du parent 2</u>
<u>Adresse</u>	<u>Adresse (si différente)</u>
<u>Tel domicile</u>	<u>Tel domicile (si différent)</u>
<u>Tel portable</u>	<u>Tel portable</u>
<u>Tel professionnel</u>	<u>Tel professionnel</u>
<u>Profession/Employeur</u>	<u>Profession/Employeur</u>
<u>Email</u>	<u>Email (si différente)</u>

Assurance/responsabilité civile :

Compagnie :

Adresse :

N° du contrat :

La partie du jeune :

<u>Nom/Prénom</u>
<u>Date et lieu de naissance</u>
<u>Domicile</u>
<u>Tel portable</u>
<u>Email</u>
<u>Établissement scolaire</u>

Nous déclarons avoir lu le règlement intérieur du local jeunes et nous engageons à le respecter.

Date et signature du jeune et des parents :

**FICHE D'AUTORISATIONS PARENTALES
LOCAL JEUNES - LIGUE DE L'ENSEIGNEMENT**

Nom/Prénom du jeune :

Autorisé à repartir : en journée : seul(e) accompagné(e)

en soirée (22h-0h) : seul(e) accompagné(e)

Personne(s) autorisées à prendre mon enfant en mon absence :

Nom Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

Autorisations parentales :

Nous soussignés domiciliés à (*indiquer les deux adresses si différentes*) responsables légaux de l'enfant

-Autorisons l'équipe de la Ligue de l'enseignement à faire examiner notre enfant par le médecin le plus proche en cas d'urgence : oui non

-Autorisons l'équipe de la Ligue de l'enseignement à utiliser l'image de notre enfant (photos-films) sur tous les supports de valorisation et/ou publications (sites internet : www.laliguenormandie.org et www.ville-louvigny.fr, journaux, affichages pédagogiques, Facebook et Instagram) destinés aux opérations de communication 2020-2023. oui non

Cette autorisation est consentie à titre gratuit et est valable au maximum 3 ans. Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données concernant votre enfant (Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée). Pour toute demande de suppression ou rectification, vous pouvez adresser un courriel à contact@laliguenormandie.org.

-Autorisons l'équipe de la Ligue de l'enseignement à transporter occasionnellement notre enfant dans son véhicule personnel si les transports en commun ne sont pas adaptés (*autorisation concernant le centre de loisirs uniquement*). oui non

-L'inscription de votre enfant, vaut acceptation du règlement de l'espace jeunesse. En cas de désaccord, veuillez prendre RDV avec la direction.

A, Le

Signature des deux représentants légaux :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020

1 – ENFANT

NOM: _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

GARÇON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	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 anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le 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**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>				

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).

En cas de régime alimentaire, précisez :

SANS VIANDE

SANS PORC

Indiquez ci-après:

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

Recommandations utiles des parents:

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

BAIGNADE : SAIT NAGER

SE DEBROUILLE

NE SAIT PAS NAGER

Observations diverses :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant ,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour 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 directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une
hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom: _____ Tél: _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

Date :

Signature: