

FICHE ADMINISTRATIVE
ET AUTORISATIONS PARENTALES

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Nom et prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Tel (jeune du local) :

Établissement scolaire :

Classe :

INFORMATIONS SUR LES RESPONSABLES LÉGAUX

RESPONSABLE 1 :

Autorité parentale : oui / non

Nom et prénom :

Adresse du domicile :

.....

Date et lieu de naissance :

Adresse email :

Téléphone :

Profession :

RESPONSABLE 2 :

Autorité parentale : oui / non

Nom et prénom :

Adresse du domicile :

.....

Date et lieu de naissance :

Adresse email :

Téléphone :

Profession :

Si séparation : ☐ garde exclusive : ☐ garde alternée paire / impaire

Nom et numéro de contrat d'assurance :

N° allocataire (CAF ou MSA) et nom du titulaire :

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER NOTRE ENFANT (si non autorisé à rentrer seul) :

Autorisons notre enfant à rentrer seul **(+7 ans)** et reconnaissons qu'il sera sous notre seule responsabilité pendant son trajet de retour : **En journée (9h30-18h30)** **En soirée (18h30-22h30)**☐ oui ☐ non☐ oui ☐ non

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Téléphone :

Téléphone :

Une pièce d'identité sera demandée pour vérifier l'identité de la personne venant récupérer l'enfant.

AUTORISATIONS PARENTALES

- 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, presse, affichages dans l'espace jeunesse et plaquettes) destinés aux opérations de communication 2026-2029. Aucun visage ne sera exposé sur les réseaux sociaux ou site internet :

☐ oui ☐ non

Cette autorisation est gratuite et valable jusqu'à 3 ans. Vous pouvez accéder, modifier, rectifier ou supprimer les données de votre enfant (Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée) en contactant : contact@laliguenormandie.org.

- Je soussigné(e), atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Espace Jeunesse et m'engage à le respecter.
- Conformément au RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression à exercer auprès de espace.jeunesse.louvigny@laliguenormandie.org

Signature :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Date de naissance : ☐ Garçon ☐ Fille
 Nom du médecin traitant : Téléphone :
 L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ oui ☐ non L'enfant a-t-il un PAI ? ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre une ordonnance récente, le PAI et les médicaments correspondant, dans leurs boîtes d'origine et marquée.s au nom de l'enfant avec la notice

Allergies :

Asthme ☐ oui ☐ non Alimentaires ☐ oui ☐ non Médicamenteuses ☐ oui ☐ non Autres

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

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

Coqueluche	oui non	Angine	oui non	Rhumatisme articulaire aigu	oui non
Otite	oui non	Oreillons	oui non	Varicelle	oui non
Rougeole	oui non	Rubéole	oui non	Scarlatine	oui non

Indiquez ci-après les difficultés de santé de l'enfant (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

BESOIN.S SPÉCIFIQUE.S DE L'ENFANT

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

Autre.s besoin.s (siestes, attentions particulières, etc.) :

Régime alimentaire de l'enfant : ☐ standard ☐ végétarien/sans viande* ☐ sans porc ☐ adapté au PAI

Baignade : ☐ sait nager ☐ se débrouille ☐ ne sait pas nager ☐ possède le test d'aisance aquatique

VACCINATIONS : (LES VACCINATIONS SUIVIS D'UNE * SONT OBLIGATOIRES)

DTP*	oui non	/...../.....	Méningocoque C*	oui non	/...../.....
Coqueluche*	oui non	/...../.....	ROR*	oui non	/...../.....
HIB*	oui non	/...../.....	Papillomavirus	oui non	/...../.....
Hépatite B*	oui non	/...../.....	Grippe	oui non	/...../.....
Pneumocoque*	oui non	/...../.....	Autres (préciser)		

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant et joignable au,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le/la
 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.

Date/Signature :