

**Indiquez ci-après :**

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

**Recommandations utiles des responsables :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc ... Préciser.

**Observations diverses :**

**4 - COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT**

NOM DU MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_ TELEPHONE : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'Espace Jeunes à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires selon l'état du jeune.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**PERSONNES A PREVENIR (autres que les responsables légaux)**

Noms-Prénoms	Téléphones	Lien de parenté	A prévenir en cas d'urgence (autre que les responsables légaux)	A venir récupérer le jeune (autre que les responsables légaux)	Interdiction à venir récupérer le jeune

**COORDONNEES DE L'ESPACE JEUNES**

Adresse : 2 Rue Moulin du Roy, Espace Alphonse Daudet, 63360 GERZAT  
Tél : 07.44.54.89.32  
Mail : [mdj@ville-gerzat.fr](mailto:mdj@ville-gerzat.fr)



**Dossier d'inscription**

**Espace Jeunes**

**2024/2025**

**JEUNE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe: F  M  Téléphone (du jeunes) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ ans Taille : \_\_\_\_\_

Etablissement à la rentrée 2023 : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

PHOTO

**RESPONSABLE 1**

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Union Libre

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de Jeune fille : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fixe : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Professionnel : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : **(elle sera votre identifiant pour le Portail Famille)**

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous l'envoi des factures par mail ?

OUI  NON

**RESPONSABLE 2**

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Union Libre

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de Jeune fille : \_\_\_\_\_

Adresse complète **(si différente du responsable 1)** :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fixe : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Professionnel : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : **(Si différente du responsable 1)**

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**VOTRE DOSSIER DOIT COMPORTER**

- Dossier d'inscription Espace Jeunes
- Fiche Sanitaire
- Test de natation du jeune

**Pièces à joindre obligatoirement**

- Attestation d'assurance scolaire/périscolaire/extrascolaire 2023/2024
- Photocopies des pages « vaccinations » du carnet de santé (PAI si besoin)
- Photos du jeune
- Cotisation de 10€ pour les gerzatois ou de 15€ pour les hors commune à l'ordre du « trésor public »
- Attestation de QF (caf)

## REGIME ALIMENTAIRE

- Sans porc OUI  NON
- Sans viande OUI  NON

• Allergie : \_\_\_\_\_ (Merci de nous fournir obligatoirement le PAI)

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e) Madame, Monsieur \_\_\_\_\_

\* Père \* Mère \* Tuteur de l'enfant : \_\_\_\_\_

- |  | OUI                      | NON                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Autorise le jeune à partir seul (après 17h, hors vendredi)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Autorise les animateurs à photographier mon enfant (réseaux sociaux, site communal)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Autorise l'animateur de l'Espace Jeunes à prendre toutes les mesures d'urgence sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - M'engage à régler sa participation sous 15 jours à réception de la facture.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Susceptible de prendre le minibus  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Le jeunes à participer à nos groupes privés WhatsApp (numéro du jeune !)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à respecter son application pour le bon fonctionnement de l'Espace Jeunes. Je confirme la présente inscription et certifie exacts les renseignements donnés.**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signatures des représentants légaux et du Jeune :**

**Responsable 1**

**Responsable 2**

**Jeunes**

## FICHE SANITAIRE 2024-2025

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2025. Merci de nous indiquer tout changement en cours de d'année.*

### 2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Merci de fournir **OBLIGATOIREMENT** la copie des vaccins.

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

### 3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

**3.1** - Le jeune 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 jeune avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

**3.2** - Le jeune présente-t-il un problème de santé, si oui, préciser. oui  non

### 3.3 - Allergies :

**ASTHME** oui  non

**ALIMENTAIRES** oui  non  si oui, préciser \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTEUSES** oui  non  si oui, préciser \_\_\_\_\_

**AUTRES (animaux, plantes, pollens...)** \_\_\_\_\_

Si oui, joindre un certificat médical ou le PAI précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.