

Cadre réservé au service

- Règlement intérieur
- Quotient familial
- Assurances
- Vaccins

# Fiche de renseignements **2026**

## Mini-Camp 12/17 ans - Métro Aventure Culture

Photo  
du  
jeune

### ➤ JEUNE

Sexe : .....

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone portable :

Etablissement fréquenté  
et classe :

### ➤ ASSISTANTS FAMILIAUX

Nom / Prénom :

Mail :

Adresse :

Téléphone :

### ➤ RESPONSABLES LÉGAUX

PÈRE  MÈRE  AUTRE.....

Nom / Prénom :

Mail :

Adresse :

Tél. mobile :

Profession :

Employeur :

Nom et lieu :

Tél. travail :

Date et lieu de  
naissance :

PÈRE  MÈRE  AUTRE.....

Nom / Prénom :

Mail :

Adresse :

Tél. mobile :

Profession :

Employeur :

Nom et lieu :

Tél. travail :

Date et lieu de  
naissance :

➤ ADRESSE DE FACTURATION (si différente) :

### ➤ MÉDICAL

Nom du médecin :

N° de téléphone :

### ➤ RÉGIME ALLOCATAIRE

Nom de l'allocataire :

N° d'allocataire :   CAF  MSA  AUTRE

### ➤ N° DE SÉCURITÉ SOCIALE

### ➤ NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE

➤ AUTORISATION DE SORTIR LIBREMENT DE LA MAISON DES JEUNES :  OUI  NON

Date et signature du ou des responsables légaux :



## Mini-Camp 12/17 ans - Métro Aventure Culture

➤ JEUNE

Nom :

Prénom :

Je, soussigné(e), Madame ou/et Monsieur

Agissant en qualité de  PÈRE  MÈRE  TUTEUR

➤ DROIT À L'IMAGE

J'autorise  Je n'autorise pas

L'utilisation de mon image et/ou celle de mon enfant, dans le cadre des moyens de communication, pour une diffusion publique, bulletin communautaire, presse écrite, réseaux sociaux, site internet en sachant que l'utilisation qui pourra en être faite ne portera en aucun cas atteinte à l'intégrité de la personne.

➤ HOSPITALISATION

J'autorise  Je n'autorise pas l'équipe de direction, en cas d'urgence, à prendre toutes les mesures nécessaires.

➤ TRANSPORT

J'autorise  Je n'autorise pas le transport en car ou en véhicule 7/9 places.

➤ SANTÉ / VACCINATION

Est-il suivi pour :

Allergies  Asthme  Diabète  Autre .....

A-t-il déjà eu :

Convulsions  Coqueluche  Scarlatine  Varicelle  
 Rubéole  Rougeole  Oreillons  Autre .....

Les vaccins du jeune sont à jour

OUI  NON

(En cas de contre-indication à l'un des vaccins, merci de fournir un certificat médical)

A-t-il subi une intervention chirurgicale récente

OUI  NON

(Si oui, laquelle? ..... Date : ...../...../.....)

➤ INFORMATIONS MÉDICALES / BESOINS PARTICULIERS DU JEUNE

A-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)

OUI  NON

(Si oui, merci de fournir impérativement le document relatif)

Est-il bénéficiaire de l'AEEH

OUI  NON

(Si oui, merci de fournir impérativement le document relatif)

Suivra t-il un traitement lors de son accueil

OUI  NON

Dans ce cas, merci de fournir les médicaments et l'ordonnance au responsable de la structure dans une pochette fermée au nom du jeune.

A-t-il un régime alimentaire

OUI  NON

(Si oui, lequel? .....) )

Porte-t-il :

des lunettes → quand doit-il les porter? .....

un appareil / prothèse dentaire

des appareils auditifs

autre .....

➤ RECOMMANDATIONS UTILES (n'hésitez pas à mentionner tous les éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à l'enfant)

➤ PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER LE JEUNE ET/OU À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (autre que les responsables légaux)

Nom / Prénom	Lien de parenté	Téléphone	Peut récupérer le jeune	Prévenir en cas d'urgence
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>