

Fiche de renseignements

Maison des Jeunes 11 à 17 ans - Secteur Jeunesse

2027

➤ 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 :

➤ N° DE SÉCURITÉ SOCIALE

.....

➤ RÉGIME ALLOCATAIRE

Nom de l'allocataire :

N° d'allocataire : ☐ CAF ☐ MSA ☐ AUTRE

➤ NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE

.....

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

➤ AUTORISATION DE PARTIR SEUL DE LA NAVETTE : ☐ OUI ☐ NON

Date et signature du ou des responsables légaux :



Fiche Sanitaire de liaison

Maison des Jeunes 11 à 17 ans – Secteur Jeunesse

2027

➤ 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, réseau 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.

➤ INFORMATIONS MÉDICALES

Les vaccins du jeune sont-ils à jour ? ☐ OUI ☐ NON (En cas de contre-indication à l'un des vaccins, merci de fournir un certificat médical)A t-il un suivi chez un professionnel de santé ? ☐ OUI ☐ NON (Si oui, le(s)quelle(s)? A t-il une pathologie particulière ? ☐ OUI ☐ NON (Si oui, lequel ?
*Asthme, épilepsie, appareil auditif...*A t-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ? ☐ 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 de l'enfant.A t-il un régime alimentaire ? ☐ OUI ☐ NON (Si oui, lequel ? Est-il bénéficiaire de l'AEEH ? ☐ OUI ☐ NON (Si oui, merci de fournir impérativement le document relatif)

➤ BESOINS PARTICULIERS

Porte t-il des lunettes ? ☐ OUI ☐ NON Porte t-il un appareil / prothèse dentaire ? ☐ OUI ☐ NON*Pour mieux accompagner le jeune (relationnel avec les autres, gestion des émotions, ...)**N'hésitez pas à nous mentionner tout élément qui permettra d'apporter un meilleur confort à votre 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 l'enfant	Prévenir en cas d'urgence
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐