

Cadre réservé au service

- Règlement intérieur
- Quotient familial
- Assurances
- Vaccins

Fiche de renseignements 2026

Mini-Camp 12/17 ans - Vélo'Maha

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 :



Fiche Sanitaire de liaison

Mini-Camp 12/17 ans - Vélo'Maha

2026

➤ 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"/>