

# ESPACE JEUNES

DE BANNALEC

Année Scolaire :2005-2006

## Etat Civil de l'adolescent

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe : F  M   
Date et lieu de naissance : .....  
Ecole fréquentée : ..... Classe : .....  
tél. : (portable) : .....

## Coordonnées du responsable légal

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
tél. : (fixe) ..... (portable) : .....

## Etat Civil des parents

**Père** : n°sécurité sociale : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Profession : ..... Employeur : .....  
**Mère** : n°sécurité sociale : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Profession : ..... Employeur : .....

## A joindre à ce dossier :

- Une photocopie de l'attestation d'assurance scolaire (responsabilité civile)

Nom de la compagnie d'assurance : ..... N°d'assuré : .....

## Personne à contacter en cas d'urgence

Nom : ..... Tél : .....  
Nom : ..... Tél : .....  
Nom : ..... Tél : .....

## Inscription et décharge

Je soussigné .....,  
responsable légal ou tuteur de l'adolescent.....

- L'autorise à participer aux différentes activités proposées.
- **Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Espace Jeunes Communal et m'engage à le respecter.**
- M'engage à verser la participation demandée pour la présence de mon enfant à Espace jeunes.
- Décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident en dehors des heures de prises en charge par la Mairie.
- Certifie que ses vaccins sont à jour.
- Certifie qu'il est couvert par une assurance responsabilité civile ou un contrat d'assurance scolaire (**joindre une photocopie**)

A ....., le .....  
Signature,

## Fiche Sanitaire de Liaison :

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles lors de la fréquentation de l'adolescent à l'Espace jeunes.

**Vaccinations :** (à remplir à partir du carnet de santé)

Vaccinations antipoliomyélitique antidiphthérique – antitétanique - anticoquelucheuse		Vaccinations antirougeoleuse Antirubéolique – antiourlienne Autres vaccinations	
Date	Vaccins pratiqués	Date	Vaccins pratiqués

Vaccination antituberculeuse : BCG		Tests tuberculiniques	
Date	Méthode	Date	Tests et résultats

L'adolescent n'est pas vacciné, pourquoi ?

.....

**Renseignements médicaux concernant l'enfant :**

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

Rubéole	Varicelle	Angines	Rhumatismes	Scarlatine
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche	Otites	Asthme	Rougeole	Oreillons
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates :**

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

.....

.....

.....

.....

**Recommandations des parents :**

.....

.....

Nom et Adresse du médecin traitant :

.....

.....

Tél : .....

**Je soussigné, responsable de l'adolescent, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Espace Jeunes à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaire par l'état de l'adolescent.**

Date : ..... Signature :