

# NOUVELLE DEMANDE POUR L'ESPACE JEUNES :

## RESPONSABLE LEGAUX

**Situation familiale :** Marié  Célibataire  Divorcé  Vie maritale

**ATTENTION : En cas de séparation 2 fiches sont à remplir (1 par Foyer).  
Chaque foyer à un accès différant au portail famille !**

**Responsable(s) du Foyer :** NOMS ..... Prénoms.....

Adresse : ..... Code Postal : .....  
Ville : .....

Adresse Mail (vous permettant de recevoir le lien de connexion à l'espace famille) :

..... @ .....

Téléphones : .. / .. / .. / .. / .. / .. ou ... / ... / ... / ... / ... / ... /

## ENFANT (pour information)

NOM ..... Prénom .....

Né(e) le .....

Ce document est à retourner à l'espace Jeunes:

[espacejeunes@ccpouillybligny.fr](mailto:espacejeunes@ccpouillybligny.fr)

Si besoin : 06.82.67.02.27

Une fois votre espace créé par l'accueil de loisirs, vous recevrez un email avec le lien de connexion.  
Garder le précieusement, (vous pouvez le mettre en favori).

Ce portail fonctionne avec un navigateur depuis tablette, ordinateur, smartphone... Il vous permet de :

- Gérer Les membres du foyer et leurs documents (parents, enfants, Personne habilité à récupérer l'enfant...)
- Faire des demandes d'inscriptions et les reservations aux périodes de vacances et mercredis
- Visualiser vos factures





## AUTORISATIONS

Je, soussignée M ou Mme .....

Demeurant.....

Nom et prénom des enfants : .....

## Détail des autorisations

Autorise                      Le personnel à véhiculer mon enfant sur les temps d'activités libres et/ou animées.  
 N'autorise pas

Autorise                      Le personnel à photographier, enregistrer la voix ou filmer mon ou mes enfants dans la mesure où ils ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement.  
 N'autorise pas

Autorise                      A utiliser les photographies et/ou vidéos où figurent mon ou mes enfants pour la communication de l'Espace jeunes sur les réseaux sociaux (Facebook / snap / Instagram) et les affiches de communication de l'Espace Jeunes.  
 N'autorise pas

J'autorise les personnes si dessous à venir chercher mon ou mes enfant(s)

NOM : ..... Prénom : ..... tél : .....

NOM : ..... Prénom : ..... tél : .....

## Signatures

M ou Mme .....

Le .....



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**ENFANT :**

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE :        /        /

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

**1- VACCINATIONS** (fournir les copies du carnet de vaccination).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ?  OUI  NON

Si OUI, le P.A.I est à remettre à l'espace jeunes accompagné d'une **ordonnance** récente et des **médicaments** correspondants (**dans leur emballage l'enfant avec la notice**) **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni sans P.A.I. Nous vous invitons fortement de contacter l'accueil de loisirs en amont afin d'en échanger.**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES : ASTHME**    oui  non

ALIMENTAIRES

AUTRES.....

**MÉDICAMENTEUSES**    oui  non

oui  non

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....  
.....  
.....  
.....

**3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 -RESPONSABLE DEL'ENFANT**

NOM.....PRÉNOM.....  
.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT  
(FACULTATIF).....

*Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

**Date :**

**Signature :**