

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES ET D'AUTORISATION

Je soussigné M [REDACTED] agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, souhaite inscrire mon enfant au service jeunesse d'Ondres :

- J'autorise mon enfant à participer aux activités proposées par le service jeunesse et à en respecter les règles de fonctionnement. (*sorties, camps, projets de jeunes*)
- J'autorise mon enfant à rentrer seul chez lui lorsqu'il vient à l'accueil ou aux activités proposées par le service jeunesse.
- Si non-coché, veuillez indiquer les personnes habilitées à récupérer le jeune.

NOM	PRENOM	QUALITE

- Autorise la municipalité d'Ondres pour que (*nom-prénom du jeune*) [REDACTED] soit photographié(e), ou filmé(e), dans le cadre de sa participation aux activités du service jeunesse, que son image soit reproduite sur support papier dans le cadre de l'établissement de tout document d'information élaboré par le service jeunesse à des fins non commerciales et que son image soit conservée et utilisée pendant une durée illimitée, uniquement pour utilisation dans un but pédagogique et/ou d'information.

Nous renonçons par la présente à solliciter une quelconque compensation à quelque titre que ce soit pour la participation de notre enfant à la prise de vue et à sa diffusion.

- Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de la Maison des Jeunes ([www.ondres.fr/jeunesse-11-17-ans/](http://www.ondres.fr/jeunesse-11-17-ans/)) ou remis en main propre.

Fait à [REDACTED], le [REDACTED].

Signatures du **jeune** (*nouveau*) et du titulaire de l'autorité parentale précédé de la mention manuscrite « lu et approuvé »

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Je soussigné M [REDACTED] autorise la ville d'Ondres à prendre toutes les dispositions nécessaires dans le cas où mon enfant devrait être pris en charge pour des soins de première urgence auprès des services compétent le plus proche.

Médecin traitant / Téléphone [REDACTED]

OBLIGATOIRE : VACCINATIONS : Joindre la copie des vaccins figurant sur le carnet de santé.  
RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Le jeune suit-il un traitement médical ? Oui  Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les médicaments correspondants

Le jeune a-t-il eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE 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 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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTEUSE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ALIMENTAIRE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	AUTRES : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
---	---	--	---

Indiquez ci-dessous les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, opérations...)

[REDACTED]