

Espace jeunes

Ollainville

2026-2027



Nom Prénom.....

Date de naissance.....

Adresse
.....

Tél. du Jeune.....

RESPONSABLES LEGAUX (1) Rayer les mentions inutiles.

- ❖ Père /Mère/Responsable Légal (1).....
Tél Domicile.....
Tél Bureau.....Tél Portable.....
Mail :.....
- ❖ Père /Mère/Responsable Légal (1).....
Tél Domicile.....
Tél. Bureau.....Tél Portable.....
Mail :.....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (SI ABSENT)

Nom.....

Adresse.....
.....

Téléphone.....

AUTORISATIONS : (1) Rayer les mentions inutiles.

Je soussigné(e),....., autorise mon enfant..... :

à participer aux soirées organisées par l'Espace Jeunes	OUI	NON
à prendre le car communal ou d'une société privée, les transports en commun	OUI	NON
à être photographié et à utiliser son image dans les parutions municipales, (Ollainville, site web)	OUI	NON
à entrer et sortir de l'Espace Jeunes, seul, durant les heures d'ouverture	OUI	NON
à quitter l'Espace Jeunes seul et à rentrer par ses propres moyens, durant la journée	OUI	NON

Fiche Sanitaire de Liaison



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR (rayer les mentions inutiles)

Suit-il un traitement médical ?	OUI : (Joindre une ordonnance) Lequel ?.....		NON
A-t-il un P.A.I ?	OUI : (Joindre une ordonnance) Lequel ?.....		NON
A-t-il des allergies ?	OUI Lesquelles ?.....		NON
A-t-il de l'Asthme ?	OUI Précisez la conduite à tenir (si automédication le signaler) :		NON
A-t-il eu des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opération,...) ?	OUI Précautions à prendre :.....		NON
Porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ...?	OUI Précautions à prendre :.....		NON
Vaccinations - Ne plus donner de photocopies - Indiquez la date de chaque vaccin - * Obligatoire en Ile-de-France	DTPC :* ____/____/____	BCG (antituberculeuse) ____/____/____	Pneumocoque :* ____/____/____
	Antivariolique : ____/____/____	Du ROR :* ____/____/____	Autres : ____/____/____

Documents à fournir pour que le dossier d'inscription soit complet :

- = Attestation d'assurance de l'enfant
- = Attestation CAF (afin de calculer votre quotient pour les sorties, activités, séjours et mini-séjour)
- = 5€ d'adhésion pour les Ollainvillois, 20€ pour les personnes ne résidant pas sur la commune

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e),.....responsable légal de l'enfant
..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Ayant pris connaissance du règlement, je l'approuve et m'engage à le respecter.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification intervenant au cours de l'année.

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

Signature :