



# Fiche de renseignements

## Espace jeunes rive Gauche

Date de l'inscription : ...../...../.....

Nom et prénom : .....

Âge : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Adresse complète : .....

Établissement scolaire : .....

Classe : .....

### Les parents

#### **Père**

#### **Mère**

Nom et prénom : .....

Nom et prénom : .....

Date de Naissance : .....

Date de Naissance : .....

Tel Domicile : .....

Tel Domicile : .....

Tel Portable : .....

Tel Portable : .....

Mail : .....

Mail : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Profession : .....

Profession : .....

### Les frères et sœurs

Nom et prénom : ..... Date de naissance : .....

Nom et prénom : ..... Date de naissance : .....

Nom et prénom : ..... Date de naissance : .....

### Au premier coup d'œil

#### **Régime alimentaire :**

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

#### **Allergies/PAI :**

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

#### **Aide aux temps libre :**

Oui  Non

#### **Droit à l'image :**

Oui  Non

## Autorisations parentales

### Départ de l'enfant/jeune

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant

Nom et prénom : .....tel : .....

J'autorise mon enfant à quitter seul la structure aux horaires autorisés (pour les plus de dix ans uniquement et en indiquant à la direction en amont les dates concernées)

**Oui**

**Non**

### Photo et vidéo

J'ai autorisé la Maison Pour Tous Léo Lagrange à photographier et filmer mon enfant.

**Oui**

**Non**

### Autres

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ?

**Oui** (en cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant)

**Non** (joindre obligatoirement la copie du justificatif correspondant : décision de justice, etc...)

Le cas échéant, Nom et prénom de toute autre personne titulaire de l'autorité parentale : .....

Adresse : .....

N° Sécurité Sociale : .....

Assurance Responsabilité Civile : .....

N° de contrat : .....

N° CAF\* ou MSA : .....

Si vous ne fournissez pas votre numéro d'allocataire, le tarif plein vous sera automatiquement appliqué.

\*Pensez à transmettre le document  
« Aide au temps libre » pour les familles qui en sont bénéficiaires.

# Fiche sanitaire



## L'enfant

Date de l'inscription : ...../...../.....

Nom et prénom : .....

Garçon

Âge : .....

Fille

Date de naissance : .....

## Vaccinations

Se référer au carnet de santé du jeune ou aux certificats de vaccination.

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	OUI	NON	Dates derniers rappels
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rougeole			
Polio				Oreillons			
				Rubéole			
				Coqueluche			
				Autres (précisez)			

## Renseignements médicaux concernant votre enfant

**Problème de santé (Asthme, allergies, autre):**

**Régime alimentaire :**

### **Attention !**

En cas de problèmes de santé rencontrés par votre enfant, sa participation aux activités de la structure pourra être subordonnée à l'établissement d'un Protocole de Soins d'Urgence pour l'Accueil en Collectivité (PSUAC) ou d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI).

En dehors d'un PSUAC ou d'un PAI, l'administration d'un traitement médicaux est conditionné à une autorisation parentale écrite accompagnée d'une ordonnance médicale justifiant du dit traitement et de ses modalités. Recommandations particulières (ex. : port de lunettes, antécédents médicaux...)

Encore un dernier effort ☺



Nom, adresse et numéro de tél. du médecin traitant de votre enfant :

• **AUTORISATION D'HOSPITALISATION**

Je donne pouvoir à Mme, Mlle, Mr la/le Responsable du Centre, ou à défaut son Adjoint, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

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

• **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

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

Je soussigné(e),

Responsable légal de l'enfant

Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de votre enfant.

De plus, vous attestez avoir pris connaissance du règlement intérieur et d'en accepter le contenu.

Date : ...../...../.....

Signature du ou des titulaires de l'autorité parentale :

**IMPORTANTES**

- Une inscription validée c'est un dossier complet
- Paiement à l'inscription
- Adhésion à l'année Léo Lagrange Pau obligatoire : 20€ individuel ; 30€ familiale

# Informations Espace jeunes Gauche

**Pour valider l'inscription de votre enfant, merci de ramener ces documents dûment complétés :**

- La fiche de renseignements (fournie par Léo Lagrange)
- La copie de la pièce d'identité du responsable légal de l'enfant
- La copie de la carte vitale dont dépend l'enfant
- La copie des vaccins de l'enfant
- La copie de l'assurance Responsabilité Civile de l'enfant en cours de validité
- Attestation d'ATL (Aide au Temps Libre) ou tout autre documents de prise en charge CCAS, CASI, SDSEI, etc.

**Si vous êtes concerné :**

- La copie du jugement de la garde de l'enfant s'il en existe un
- La copie du PAI en cas de difficulté de santé
- La copie de l'attestation CAF si l'enfant bénéficie de l'AEH (Allocation Enfant Handicapé)

## Nos horaires d'ouverture de l'ALSH les LILAS :

Les mercredis et les vacances scolaires : **de 7h30 à 18h30**

## Nos horaires d'ouverture du CLAS :

Les lundis et jeudis en période scolaire : **de 16h30 à 18h**

## Nos permanences bureau : (au 41 rue du colonel Gloxin)

En période scolaire → Mardi jeudi vendredi **de 9h à 16h**

## Pour nous contacter :

Par Mail : [espacejeunes@leolagrange-pau.fr](mailto:espacejeunes@leolagrange-pau.fr)

Par téléphone : 06 46 91 91 61