

N° Portable : N° Tél. Professionnel :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

N° Sécurité Sociale : _____ CMU : ☐ OUI ☐ NON

Mutuelle : _____ N° : _____

NOM Médecin traitant : _____ N° Téléphone : _____._____._____._____._____

Régime social : N°CAF : _____ N°MSA : _____ Bons MSA : ☐ OUI ☐ NON

Responsabilité civile (coordonnées) :

N° de contrat : _____

AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné(e) Mr/Me _____, tuteur légal du jeune _____

- Autorise l'équipe à transporter mon enfant (minibus, bus de la commune et bus privé).
☐ OUI ☐ NON
- Autorise l'équipe à faire soigner mon enfant et m'engage à payer les éventuels frais médicaux et pharmaceutiques. ☐ OUI ☐ NON
- Autorise le médecin à pratiquer sur mon enfant tout traitement, acte ou intervention médicale nécessaire lors d'un accident survenu lors des temps de présence. ☐ OUI ☐ NON
- Autorise mon enfant à se baigner (fournir attestation anti-panique). ☐ OUI ☐ NON
- Autorise le service jeunesse à diffuser les photos et vidéos de mon enfant dans le cadre de la presse, des supports de communication de la commune (bulletins municipaux, site internet, affiches, réseaux sociaux) ou d'une exposition temporaire. Cette autorisation est donnée à titre gracieuse et sans limitation de durée. Je peux à tout moment demander par écrit l'annulation de cette autorisation. ☐ OUI ☐ NON
- Autorise mon enfant à rentrer seul depuis le foyer ou le point de ramassage des communes déléguées. ☐ OUI ☐ NON
- Je m'engage à prévenir l'animateur jeunesse (SMS ou appel) au moins 48h à l'avance en cas d'absence de mon enfant à une activité. Le cas échéant, la somme sera due.
☐ OUI ☐ NON
- Je certifie n'avoir aucun impayé dans la commune. Le cas échéant, mon enfant ne pourra avoir accès aux activités financées en partie par la commune (blocs) et aux séjours.
☐ OUI ☐ NON

Fait à : _____ ; le ____/____/202__

Signature :