Je soussigné (e), M. ou Mme....., responsable de l'enfant (ou tuteur) ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Espace Jeunes à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

De plus je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Espace Jeunes de la commune de Sainte Consorce, et m'engage à veiller à ce que mon enfant le respecte.

Date :.....

Signature des parents :

*** PIÈCES À FOURNIR**

- ❑ Règlement intérieur signé
- ❑ **Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé (obligatoire)**

ESPACE JEUNES

rue de Verdun
69280 Sainte Consorce

06.99.92.42.27

@ espace.jeunes@mairie-sainteconsorcefr

Sainte CONSORCE

Espace Jeunes de Sainte Consorce

Ouvert aux collégiens et lycéens jusqu'à 17 ans

Fiche d'adhésion 2025-2026

Valable jusqu'au au 30 septembre 2025

Garçon ❒ Fille ❒
NOM:----------
Prénom:----------
Établissement scolaire :----------
Classe :----------
Date de Naissance :
Le coût annuel de l'adhésion est de 5 €

*** RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM.....PRÉNOM.....
ADRESSE.....
.....
....
DOMICILE..... TRAVAIL.....
PORTABLE.....E-Mail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT.....

N° de sécurité sociale

Nom et n° de l'assurance responsabilité civile

*** RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

→ Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...

….....
.....
.....
.....

Il est important de souscrire une assurance responsabilité civile pour l'enfant en cas d'accident.

*** AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné (e), M. ou Mme....., responsable légal de l'enfant..... :

☐ autorise mon enfant à quitter seul l'Espace Jeunes avant les horaires de fermeture
☐ n'autorise pas mon enfant à quitter seul l'Espace Jeunes avant les horaires de fermeture

*** AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE**

J'autorise les responsables de l'Espace Jeunes à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre de publication communale et intercommunale (journal municipal, **WhatsApp,** blog, internet...) ainsi que la presse locale.

Oui ❒ non ❒

Voulez-vous recevoir les informations de l'Espace Jeunes (programmes, événements, photos….). Cocher votre choix.

Par email : ☐ **ou / et WhatsApp :** ☐
(Nous allons créer un groupe privé Espace Jeunes WhatsApp)

*** RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Important : ces renseignements médicaux doivent être bien remplis.
Et la photocopie du carnet de vaccination est obligatoire.

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite ou DT polio ou tétracoq (précisez et entourez)			

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole oui ❒ non ❒	Varicelle oui ❒ non ❒	Angine oui ❒ non ❒	Scarlatine oui ❒ non ❒	Rhumatisme articulaire aigu
Coqueluche oui ❒ non ❒	Otite oui ❒ non ❒	Rougeole oui ❒ non ❒	Oreillons oui ❒ non ❒	

→ Allergies :

Asthme oui ❒ non ❒ Médicamenteuses oui ❒ non ❒
Alimentaires oui ❒ non ❒ Autres oui ❒ non ❒

L'enfant suit-il un traitement pendant le séjour ou dans les locaux de l'Espace Jeunes ? oui ❒ non ❒
Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants
(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice marquées au nom de l'enfant)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance !

→ Indiquez ici les autres difficultés de santé (*maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations)* en précisant les dates et les précautions à prendre :

……
……