

### INFORMATIONS SUR LE JEUNE

**NOM et PRÉNOM** :   
(EN LETTRES CAPITALES)

**Date de naissance** : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Genre** :  Garçon  Fille  Autre

**Adresse** : \_\_\_\_\_

**Caisse d'allocation** :  CAF  Autre **Quotient familial CAF** : \_\_\_\_\_

**N° sécurité social** : \_\_\_\_\_

### RESPONSABLES LÉGAUX

**Situation familiale** :  Célibataire  Marié(e)  Séparé(e)  Veuf (ve)  Concubin(e)  Autre

**NOM et PRÉNOM** :   
(EN LETTRES CAPITALES)

**Adresse** : \_\_\_\_\_

**Téléphone** : \_\_\_\_\_

**E-Mail** :

**NOM et PRÉNOM** :   
(EN LETTRES CAPITALES)

**Adresse** : \_\_\_\_\_

**Téléphone** : \_\_\_\_\_

**E-Mail** :

### AUTORISATIONS

Je soussigné \_\_\_\_\_, responsable de l'enfant \_\_\_\_\_

Autorise que l'**image** (photo ou vidéo) de mon enfant soit diffusée par l'APIJ (presse, site Internet, réseaux sociaux, affiches, mail, etc.)  OUI  NON

Autorise le responsable du centre de loisirs à **faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toutes interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, selon les prescriptions du corps médical.**  OUI  NON

Autorise l'APIJ à **transporter** mon enfant.  OUI  NON

Autorise le personnel de l'APIJ à **administrer les médicaments prescrits par le médecin et sur présentation d'une ordonnance.**  OUI  NON

Autorise mon enfant à **venir et repartir librement de l'APIJ** en dehors des horaires prédéfinis par l'activité menée.  OUI  NON

# SANTÉ DU JEUNE

Est-il asthmatique?  OUI  NON

Si oui, quelles sont les conduites à tenir ?

---

---

---

A-t-il des allergies ?  OUI  NON

Si oui, a quoi est-il allergique?

---

---

Si oui, quelles sont les conduites à tenir ?

---

---

Suit-il un régime alimentaire spécifique ?

OUI  NON

Si oui, lequel?

---

---

Indiquez ci-après les difficultés de santé éventuelles (accidents, crises compulsives, hospitalisation, opérations, rééducations) et toutes autres informations que vous jugez important de nous communiquer au sujet de l'état de santé du jeune :

---

Médecin traitant Nom : \_\_\_\_\_ Coordonnées : \_\_\_\_\_

**ATTENTION :** Vous devez impérativement fournir la photocopie des vaccins à jour.

Le seul vaccin obligatoire est la DTP polio. Les autres vaccins sont recommandés.

Cependant, lorsque le jeune a des vaccins complémentaires, il est nécessaire de le signaler car ces informations sont utiles pour le médecin en cas d'accident. Si le jeune n'a pas été vacciné du fait d'une contre-indication, un certificat médical doit être fourni.

**Merci de fournir avec cette fiche d'information :**

- L'attestation d'allocation CAF,
- La photocopie des vaccins à jour,
- 2€ d'adhésion à l'APIJ valable du 1er septembre 2023 au 31 Août 2024.

**Sans ces documents aucune inscription à l'APIJ ne sera effectuée.**

Je soussigné \_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur ce document. Je m'engage à informer l'APIJ de tous changements éventuels à porter sur ce document. D'autre part, je m'engage à fournir la photocopie des vaccins de mon enfant à jour, ainsi que, s'il y a lieu, à rembourser à l'association le montant des frais médicaux.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »