

Jeune

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Tél : _____ Snap : _____

(si vous souhaitez avoir accès aux informations du local jeunes)

Fournir pièce identité du jeune et copie des vaccins

Responsable (mère, père ou tuteur)

Nom, prénom : _____

Nom, prénom : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

Mail : _____

Profession : _____

Profession : _____

Etes vous allocataire CAF ou MSA : _____ Numéro : _____ Quotient : _____

Fournir obligatoirement l'attestation précisant le **quotient familial****Assurance**

Je soussigné(e) _____ déclare avoir une assurance responsabilité civile pour l'enfant _____.

Numéro de police _____ Nom de l'organisme _____

Adhésion UNCMT : 10 euros**Carte adhérent (Année scolaire 2025-2026)**

(Tarifs sur plaquette annuelle)

Le paiement en plusieurs fois est possible. Pour les règlements par chèque, l'ordre est UNCMT.

Autorisation parentale

Je soussigné (e) _____ responsable légal de (s) l'enfant (s) _____

- Autorise le directeur du local à faire soigner mon enfant, à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin.
- Autorise mon enfant à rentrer seul.

Autorisation du droit à l'image

Je soussigné(e) _____ autorise, l'association UNCMT à photographier et à utiliser l'image de mon enfant. En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives aux droits à l'image, j'autorise l'association UNCMT à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies prises dans le strict cadre des activités de l'association.

Les photographies pourront être exploitées et utilisées par l'association UNCMT sur tous ses supports numériques et imprimés et pour toute thématique, pour une durée de cinq ans. Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation ou d'en faire toute autre exploitation préjudiciable.

Il s'efforcera, dans la mesure du possible, de tenir à ma disposition un justificatif à chaque parution des photographies sur simple demande.

Je garantis que je ne suis pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de l'image de mon enfant ou de son nom. Pour toutes informations ou interrogations liées à mon droit à l'image, je suis informé que je peux joindre l'association UNCMT par e-mail à contact@uncmt.fr

Autorisation de transport

Dans le cadre des activités, des sorties et soirées, nous utilisons différents transports afin de véhiculer les jeunes. Je soussigné(e) _____, autorise n'autorise pas (rayer la mention inutile) mon enfant à être transporté en minibus, bus, dans la voiture personnelle des animateurs.

Règlement intérieur du local jeunes

Nous certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à _____ . Le _____

Signature du responsable :

Signature du jeune :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :