



ARC'ADOS

FICHE DE RENSEIGNEMENT 2019

Service jeunesse
06 rue Rieussec
01 30 24 20 57
arcado@ville-viroflay.fr

Merci de transmettre chaque année à la régie du service financier votre avis d'imposition

LE JEUNE :

NOM : _____ Prénom : _____ Classe : _____

Portable du jeune : _____ Mail du jeune : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Responsable légal 1 :		Responsable légal 2 :	
NOM :	Prénom :	NOM :	Prénom :
Adresse : _____		Adresse _____ (si différente) :	
Tel domicile :		Tel domicile (si différent) :	
Tel portable :		Tel portable :	
Mail :		Mail :	

Autres personnes à contacter en cas d'urgence (Nom, Prénom, Téléphone, Lien de parenté) :

.....

AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e) responsable légal :

- Autorise la structure à **transporter** mon enfant en minibus conduit par les animateurs ou en empruntant les transports en commun si nécessaire.
- Autorise mon enfant à quitter Arc'Ados de 12h à 14h durant le repas, pendant les vacances scolaires.
- Autorise mon enfant à quitter Arc'ados lorsque les activités et le gouter sont terminés, à partir de 16h30.**
- Atteste avoir souscrit une assurance extra-scolaire pour mon enfant pour l'année en cours.
- Autorise la **prise de vues photographiques, de vidéos** ou d'enregistrement de **bandes sonores** de mon enfant et la publication des images de mon enfant dans les différentes publications éditées par la Ville de Viroflay, dont le magazine de Viroflay, l'affichage à Arc'Ados, le site internet de la ville, la page Facebook d'Arc'Ados et dans diverses manifestations, ceci sans aucune contrepartie financière.
- Certifie exacts les renseignements de cette fiche.

Fait à Viroflay, le : ... / ... / ...

Signature du ou des responsables légaux, précédée de la
mention « Lu et approuvé »



Fiche sanitaire de liaison

LE JEUNE :

Nom :

Prénom :

Age :

VACCINATIONS : tableau à compléter ou photocopie des vaccins à fournir

Vaccins obligatoires			Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés			Dates
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Poliomyélite				BCG			
ou DT polio				Coqueluche			
ou Tétracoq				Autre (préciser)			

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Rubéole		Rougeole		Varicelle		Oreillons		Coqueluche	
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non

Votre enfant a-t-il des allergies ?

Asthme : oui non

Alimentaires : oui non

Médicamenteuses : oui non

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (**joindre un certificat**) :

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

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) et les précautions à prendre :

.....
.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc :

.....

Votre enfant sait-il nager ? OUI NON (Si vous avez un brevet de natation, merci de le fournir)

Nom et téléphone du médecin traitant:

.....

N° de sécurité sociale :

Je soussigné(e) responsable légal du jeune déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation,...) rendues nécessaires par l'état du jeune.

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

Signature :