

PASS 2020-2021

Du 1er sept. 2020 au 31 décembre 2021

Maison des Jeunes

13-17 ans | St-Brevin

Pôle Jeunesse



7 €

Payé le
 Chèque* : n°
 Espèce
 CCSE Hors CCSE

Cadre réservé

photo

*Chèque à l'ordre du Trésor Public

Le jeune

Nom Prénom
Date de naissance Sexe F G Tél.
Adresse CP
Ville Mail

Les parents

Responsable légal 1

Nom et Prénom

Même adresse que l'enfant oui non

Adresse (si différente)

Responsable légal 2

Nom et Prénom

Même adresse que l'enfant oui non

Adresse (si différente)

CONTACTS par priorité + lien de parenté (père : 'P' / mère : 'M' etc)

Tél. 1

Tél. 2

↓ Recevez le programme ↓
dès sa sortie ! ↓

Tél. 3

Mail

Allocataire

Nom Prénom
N° allocataire Quotient familial
Régime CAF MSA AUTRE :

Autres contacts

Adresse si différente de la résidence principale (durant le séjour)

Nom et Prénom

Lien de parenté

Adresse

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom & prénom	Ville	Téléphone	Lien de parenté

Autres personnes à contacter en cas d'urgence

Nom & prénom	Ville	Téléphone	Lien de parenté

Autorisations

Je soussigné(e)

responsable légal(e) de l'enfant

- Autorise mon enfant, à participer aux activités organisées par la Maison des jeunes de St-Brevin.
- Autorise les organisateurs à transporter mon enfant en mini bus sur des cours et moyens trajets lors des activités organisées par la Maison des Jeunes de St-Brevin.
- Décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accidents, en dehors des temps de prise en charge effectifs des jeunes par les animateurs.
- Autorise les organisateurs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Droit à l'image

J'autorise

Je n'autorise pas

La Communauté de Communes du Sud-Estuaire à utiliser son image pour l'ensemble des supports de communication (journaux, affiches, tracts, diaporamas, expositions, site internet, réseaux sociaux, projets vidéos au cinéma...)

Départ du site

J'autorise

Je n'autorise pas

Mon enfant à quitter la Maison des Jeunes, par ses propres moyens.

Documents à fournir

- Attestation de responsabilité civile
- Justificatif du dernier quotient familial
- Photo d'identité
- Photocopie des vaccins

Seuls les PASS complets seront acceptés

Fait à

Le

Signatures

Responsable légal(e)

Le jeune

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	PRENOM :
--------------	-----------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse.
Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

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

FURNIR LES PHOTOCOPIES DES VACCINS

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

Suit-il un **traitement médical** ? 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME Oui Non
- ALIMENTAIRES Oui Non
- MEDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication le signaler)**.

.....

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui Non

.....

.....

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

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3 – **RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....

.....

4 – **RESPONSABLE DU MINEUR :**

NOM : **PRENOM :**

TEL DOMICILE **TEL TRAVAIL :** **TEL PORTABLE**

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) : **(OBLIGATOIRE)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL