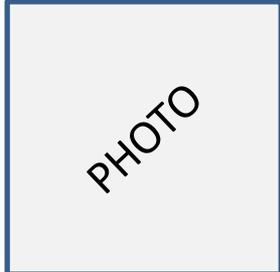


RECOMMANDATION DES REPRESENTANTS LEGAUX:
(Régime et allergies alimentaire et médicamenteuse, infos diverses)

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



Merci de nous tenir au courant en cas de changements
(adresse, téléphone etc...)

En application de la loi « Informatique et libertés » les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé, par le service jeunesse de la commune de Bedarrides, pour la gestion des inscriptions et l'accueil des adolescents. Elles sont strictement destinées au service et éventuellement aux partenaires habilités dans le cadre de séjours d'été. Elles sont conservées pendant 6 ans après la dernière année d'inscription. la loi « informatique et libertés de 1978 modifiée et au Règlement Européen (RGPD 2016/679), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données en contactant le Délégué à la Protection des Données : dpo@bedarrides.eu

NOM:

.....

PRENOM:

.....

Fait à, le

Lue et approuvée
Signature

FICHE SANITAIRE – ESPACE JEUNES

BÉDARRIDES

RENSEIGNEMENTS

Nom et prénom du représentant légal 1:

Nom et prénom du représentant légal 2:

Adresse (des deux représentants légaux si différente)

Représentant légal 1 :

Représentant légal 2:

 Représentant légal 1 Portable :

 Représentant légal 2 Portable :

 Portable de l'enfant :

Profession du représentant légal 1 et adresse de l'employeur :

Profession du représentant légal 2 et adresse de l'employeur :

Affiliation

CAF: OUI NON **MSA:** OUI NON **AUTRE:** OUI NON

N° d'allocataire CAF : **OBLIGATOIRE**

Je soussigné(e)

Autorise l'équipe d'animation de l'espace jeunes, dans le cas où un des responsables légaux ne pourrait pas venir récupérer mon enfant, à le remettre aux personnes désignées ci-dessous.

Nom:.....Lien avec l'enfant:.....

Nom:.....Lien avec l'enfant:.....

Nom:.....Lien avec l'enfant:.....

1-ENFANT

Nom:

Prénom:

Fille

Garçon

Date de naissance : / /

2-VACCINATIONS

Copie des vaccins obligatoire

L'enfant n'est pas vacciné ?

Pourquoi ?

.....
.....

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes:

Rubéole	oui	non	Angine	oui	non	Rhumatisme	oui	non
Varicelle	oui	non	Coqueluche	oui	non	Asthme	oui	non
Rougeole	oui	non	Oreillons	oui	non			

3-RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates
Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation,
opération, etc...

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