# Dossier jeunesse 2023-2024

Association Bas Chablais & Jeunes

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le ____/____/____ à _____

Fille ☐ Garçon ☐ Ecole : _____ Classe : _____

Projet d'Accueil Individualisé (pai) : OUI ☐ NON ☐ A 10 ans, peut-il rentrer seul ? : OUI ☐ NON ☐

Autorisation de photographier et filmer dans le cadre de nos activités ? : OUI ☐ NON ☐

Autorisation de transport (autocar et véhicule 9 places) : OUI ☐ NON ☐

Fraterie (nom(s) et prénom(s)) : _____

Régime alimentaire : Sans porc ☐ / Sans Viande ☐ / Autres ☐ : _____

Adresse identique ☐

PARENT 1

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

_____

CP : _____ Ville : _____

Tel. : _____

Tel. pro : _____

e-mail : _____

Employeur : _____

Lieu de travail : _____

Situation familiale : _____

PARENT 2

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

_____

CP : _____ Ville : _____

Tel. : _____

Tel. pro : _____

e-mail : _____

Employeur : _____

Lieu de travail : _____

Situation familiale : _____

NUMERO ALLOCATAIRE CAF / MSA : _____

Quotien familial : _____

Hors parents, personnes à prevenir en cas d'urgence : nom et prénom

_____Tel. : _____

_____Tel. : _____

_____Tel. : _____

Hors parents, personnes autorisées à récupérer l'enfant : idem ci-dessus ☐

_____Tel. : _____

_____Tel. :_ _____

_____Tel. : _____

Je soussigné(e) _____ déclare exacts les renseignements notifiés dans le dossier et m'engage à prévenir l'ABCJ en cas de modification de ceux-ci. Je déclare accepter le réglement intérieur, les conditions d'inscritpion aux accueils et le stockage de mes données personnelles conformément à l'article 4 du RGPD.

Fait à _____ Le ____/____/____

Signature(s):

## Cadre réservé

- ☐ Fiche sanitaire
- ☐ Copie carnet de vaccination
- ☐ Copie carte d'indentité de l'enfant
- ☐ Attestation CAF/MSA

**Adhésion familiale** ☐ **12 €**

**Date de dépot :** **Opérateur :**

# Fiche sanitaire

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles relatives au suivi sanitaire de votre enfant en séjour de vacances ou en accueil de loisirs.

Association Bas Chablais & Jeunes

## Enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/_____ Sexe : M ☐ F ☐

## Parent 1

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Tel : _____

## Parent 2

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Tel : _____

## Médecin traitant : _____ Tel : _____

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI ☐ NON ☐ Précisez : _____

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

## Allergies

Alimentaire OUI ☐ NON ☐

Précisez : _____

Médicamenteuse OUI ☐ NON ☐

Précisez : _____

Autres OUI ☐ NON ☐

Précisez : _____

## Régimes spécifiques

Sans viande ☐
Sans porc ☐
PAI *(Projet d'Accueil Individualisé)* ☐

## Problèmes de santé spécifiques

_____

_____

## Recommandations utiles des parents & contraintes sportives

*Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc.*

_____

_____

Brevet de natation 25M ☐ Test d'aisance aquatique, antipanique ☐ Ne sais pas nager ☐

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 et des temps périscolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

**Date et signature**

___/___/_____