

AUTORISATIONS

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e)..... autorise mon adolescent à participer aux activités organisées par le Centre Social Rural du Vexin-Thelle. Je déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise le responsable des animations, à prendre, dans le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de mon adolescent.

AUTORISATION DE SORTIE :

Je soussigné(e)

autorise mon adolescent n'autorise pas mon adolescent

à quitter seul les animations pour se rendre à son domicile.

PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) A VENIR CHERCHER L'ADOLESCENT :

.....

DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame
responsable de l'adolescent

autorise n'autorise pas

le Centre Social Rural du Vexin-Thelle à utiliser les photos, films de mon adolescent, pris lors des différents moments de vie, pour l'utilisation qui en sera faite : expositions, articles de presses, brochures, site internet, réseaux sociaux du Centre Social Rural.

Fait à le

Signature :

DOSSIER D'INSCRIPTION 11-17 ANS



NOM : PRENOM :


Date de naissance : / /

ADRESSE :

Email (si autorisation parentale) :

N°de téléphone (si autorisation parentale) :

Centre Social Rural du Vexin-Thelle
23 rue de la république, 60240 Chaumont-en-Vexin
03 44 49 01 80/ www.csrvexinthelle.fr /C-S-R@wanadoo.fr

 Centre Social Rural du Vexin-Thelle-Officiel

FICHE ADMINISTRATIVE

NOM/PRENOM du responsable légal :

ADRESSE (si différente du jeune) :

Régime : Régime général MSA Autre

N° de sécurité sociale :

CONTACTS :

MÈRE : Nom : Prénom.....

 portable :  Email :

PÈRE : Nom : Prénom.....

 portable :  Email :

TUTEUR LÉGAL (SI DIFFÉRENTS DES PARENTS) :

Nom : Prénom :

 portable :  Email :

Autre(s) personne(s) à joindre en cas d'urgence :

Mr ou Mme

 portable :

Mr ou Mme

 portable :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

VACCINATION

Joindre une photocopie du carnet de vaccination. Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre indication. **Le vaccin antitétanique ne peut faire l'objet d'un certificat.**

VACCINS	DATES	RAPPELS
DT polio/DT coq/ Tétracoq		
Antituberculeux (BCG)		
Antivariolique		
Autres vaccins		

Votre adolescent suit-il un traitement OUI NON

Si le traitement est à prendre pendant sa présence dans notre structure, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom du jeune avec la notice) ainsi qu'une autorisation parentale.

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Votre adolescent a-t-il une allergie alimentaire ou autre OUI NON

Si oui précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

Votre adolescent a-t-il un P.A.I. : OUI NON

Si oui merci de nous communiquer une copie de celui-ci .

Votre adolescent a-t-il des problèmes de santé : OUI NON

Si oui, précisez les causes et les précautions à prendre ou recommandations :

.....
.....

Autres recommandations (lunettes, lentilles, prothèse, etc...) :

.....
.....