

DOSSIER INSCRIPTION 2026 (réinscription)

ESPACE JEUNES

PHOTO
(à coller ou à
agrafer)

RENSEIGNEMENTS SUR LE JEUNE		ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE (cocher la case et indiquer le nom de l'établissement)
Nom Prénom Date de naissance Sexe : masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Ecole <input type="checkbox"/> Collège <input type="checkbox"/> Lycée <input type="checkbox"/> Autre

Renseignements sur la famille		
	Représentant légal 1	Représentant légal 2
Nom et prénom
Adresse Code postal Ville
Téléphone Portable E-mail
Coordonnées de l'employeur (Nom, Adresse et 		
N° allocataire + Organisme à préciser	N° <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre :	N° <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre :

Situation familiale (rayer les mentions inutiles) : célibataire, mariés, vie maritale, divorcés, séparés, veuf

Si les coordonnées des deux parents sont différentes, merci de nous indiquer qui prend en charge les factures afférentes aux activités de l'enfant :

Représentant légal 1

représentant légal 2

Assurance responsabilité civile :

Nom :
 Adresse de la compagnie :
 N° de contrat :

Médecin traitant de l'enfant :

Nom :
 Adresse :
 N° de téléphone :

AUTORISATION PARENTALE
Départ du jeune

Nom et Prénom du jeune.....

Je soussigné(e).....

Responsable légal du jeune, autorise le responsable de l'espace jeunes à laisser mon enfant partir de la structure :

- Seul à toute heure.
- Seul à partir de quelle heure ?
 - **Rappel** : de 14h à 19h
- Accompagné de

J'ai bien pris note :

une fois en dehors de l'espace jeune, mon enfant n'est plus sous la responsabilité du responsable de la structure.

Date :

Signature :

Le coût de la cotisation à l'espace jeunes est de 1€. Elle permet l'accès au sein de l'espace jeunes durant toute une année (du 1er Janvier 2026 au 31 décembre 2026).

Ayant pris connaissance du fonctionnement des services et des conditions financières.





Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA COHESION SOCIALE ET DE LA PROTECTION DES POPULATIONS



Ille & Vilaine

LE DEPARTEMENT

POLE ÉGALITÉ DES CHANCES
DIRECTION ENFANCE JEUNESSE SPORTS

FICHE SANITAIRE de LIAISON

Document confidentiel

DATE DE NAISSANCE : / / / / / / / SEXE : M F

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

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR NE DISPOSE PAS DES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE
CONTRE-INDICATION.

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : Taille :

Taille :

(informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES :

ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

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

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

4. RESPONSABLE DU MINEUR

NOM **PRENOM**

ADRESSE

TEL. DOMICILE : _____ **TEL. TRAVAIL :** _____

TEL PORTABLE : 06 70 80 80 80

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT :

Je déclare que je suis au courant des risques et dangers liés à mon enfant et je déclare que je suis au courant des mesures de sécurité et de prévention que je devrai prendre pour assurer la sécurité de mon enfant. Je déclare que je suis au courant des informations et renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Dale el signature .