



Fiche de renseignements

NOM : _____ Prénom : _____

Classe : CM2 6^{ème} 5^{ème} 4^{ème} 3^{ème} Seconde Autres

Date de naissance : _____ Lieu : _____

Nationalité : _____ Sexe : Fille Garçon

Allergies : _____

Régime alimentaire : Sans porc Végétarien Végétalien Autre :

Votre jeune dispose d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : OUI

Droit à l'image (communication interne à la collectivité sur les activités : site Internet, article de presse ; hors réseaux sociaux. En cas de diffusion spécifique, une demande particulière sera transmise)

OUI NON

Droit à l'image (communication interne à la collectivité sur les activités : réseaux sociaux(page facebook).

OUI NON

Droit de rentrer seul à l'issue des temps d'activités :

OUI NON

Autorisation de transport :

OUI NON

Personnes autorisées à récupérer le jeune :

NOM Prénom	Lien avec l'adolescent	N° de téléphone

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX :

Famille monoparentale Si oui, ne compléter que la personne 1, responsable légal de l'adolescent

PERSONNE 1 :

Civilité : Madame Monsieur

NOM : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom: _____

Date de naissance : _____

Ville de naissance : _____

Nationalité : _____

Email : _____

Téléphone domicile : _____

Portable personnel : _____

Téléphone professionnel : _____

Profession : _____

PERSONNE 2 :

Civilité : Madame Monsieur

NOM : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Ville de naissance : _____

Nationalité : _____

Email : _____

Téléphone domicile : _____

Portable personnel : _____

Téléphone professionnel : _____

Profession : _____

ADRESSE DU FOYER :

Adresse : _____

N° : Voie : _____

Libellé : _____

Code postal : _____

Ville : _____

L'adolescent est accueilli en famille d'accueil : OUI (compléter les informations ci-dessous)

NOM et Prénom : _____

Numéro de téléphone : _____ Mail : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

Famille recomposée : OUI NON

Situation familiale : _____

Nombre d'enfants à charge : _____

Numéro allocataire : _____

Régime : CAF MSA

PAYEUR : (si différent des personnes 1 et 2)

Organisme Personne

NOM du payeur: _____

Adresse : _____

N° : Voie : _____

Libellé : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

DÉLÉGATION DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE : (cf. fiche sanitaire de liaison)

NOM du médecin qui suit l'adolescent : _____

Numéro de téléphone : _____

AUTRES INFORMATIONS UTILES :
