



# Espace #Ado

PHOTO

11/17 ans FICHE CONFIDENTIELLE DE SECURITE  
ANNEE SCOLAIRE 2024 / 2025

NOM :  PRENOM :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE ET CLASSE :

DATE DE NAISSANCE :  LIEU :

PRENOM(S) DES FRERES ET SŒURS et AGES :

ADRESSE :  VILLE :

☎ DOMICILE :  E-mail parents :

☎ MOBILE père :  ☎ MOBILE mère :

PERE (ou tuteur)	MERE (ou tutrice)
NOM Prénom :	NOM Prénom :
Employeur :	Employeur :
Profession :	Profession :
Lieu :	Lieu :
☎ (poste) :	☎ (poste) :

☐ Mariés ☐ Divorcés ☐ Vie maritale ☐ Séparés ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ PACS

Si le père ou la mère a une adresse et un téléphone différent de l'enfant le préciser :

**RESTAURATION AU CHOIX\*** : ☐ Repas classique (avec viande) - ☐ Repas protéiné (sans viande)

\*Cochez obligatoirement une réponse

**ASSURANCE** : joindre l'attestation d'assurance scolaire pour l'année en cours. **OBLIGATOIRE.**

**NUMERO DE SECURITE SOCIAL DE L'ENFANT** :

**VACCINATIONS** Date du DT POLIO :

**ALLERGIES** : ASTHME oui ☐ non ☐ ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐


MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐ AUTRES :

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE** :

JOINDRE OBLIGATOIREMENT un courrier du médecin précisant les symptômes, la conduite à tenir et/ou le protocole à suivre (sous enveloppe fermée au nom de l'enfant).

**PRECAUTIONS PARTICULIERES A PRENDRE OU RECOMMANDATIONS** : lunettes, prothèses auditives...

NOM du jeune :  PRENOM :

 MOBILE du Jeune :  Son Mail :

Je soussigné(e) **Madame, Monsieur**   
Parent(s) du JEUNE

**N'AUTORISE\*** pas mon fils, ma fille ☐  
A quitter l'ESPACE ADO et à partir seul.

**AUTORISE\*** mon fils, ma fille ☐ Heure de départ :   
A quitter l'ESPACE ADO à l'horaire indiqué et à partir seul.  
Je décharge l'Espace Ado de toute responsabilité, seul mon enfant sera responsable de son trajet entre l'Espace Ado et son domicile.

**AUTORISE\*** mon fils, ma fille ☐  
A quitter L'ESPACE ADO à la fin des Activités et à partir seul.  
Je décharge l'Espace Ado de toute responsabilité, seul mon enfant sera responsable de son trajet entre l'Espace Ado et son domicile.

A Chambourcy, le  **SIGNATURES** Pour valoir ce que de droit.  
Père, Mère ou Tuteurs.

**AUTORISE MON FILS/MA FILLE**

A PARTICIPER AUX ACTIVITES ET AUX SORTIES ORGANISEES PAR L'ESPACE ADO.

EN CAS DE NECESSITE AUTORISE LE RESPONSABLE A LE/LA FAIRE HOSPITALISER ET  
RECEVOIR LES PREMIERS SOINS.

A Chambourcy, le  **SIGNATURES** précédée de bon pour pouvoir  
Père, Mère ou Tuteurs

Votre enfant :  à une carte NAVIGO oui ☐ non ☐  
L'Autorisez-vous à la prendre pour les sorties (pas obligatoire) oui ☐ non ☐

**AUTORISATION DE PUBLICATION DE PHOTOGRAPHIES**  
dans le journal municipal, les réseaux sociaux et le site internet de la commune pour l'année  
scolaire en cours.

**AUTORISE(nt)\*** ☐

**N'AUTORISE(nt)\* pas** ☐

A Chambourcy, le  **SIGNATURES** Pour valoir ce que de droit.  
Père, Mère ou Tuteurs.

\*cocher la mention utile.

ATTESTE avoir pris connaissance et ACCEPTE le règlement intérieur de l'ESPACE ADO  
de Chambourcy. A Chambourcy le

**SIGNATURES** Pour valoir ce que de droit.  
DU JEUNE

**SIGNATURE** Pour valoir ce que de droit.  
Pères, Mères ou Tuteurs

Cette feuille doit être signé et remise à l'Espace Ado. MERCI.