



Espace #Ado

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

PHOTO

NOM : PRENOM :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE ET CLASSE :

DATE DE NAISSANCE : LIEU :

PRENOM(S) DES FRERES ET SCEURS 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.