



## POINT JEUNES SAINT FÉLIU D'AVALL FICHE DE RENSEIGNEMENT

- Nom et Prénom de l'Adolescent : \_\_\_\_\_
- Numéro de Portable de l'Adolescent : \_\_\_\_\_
- Date et Lieu de Naissance : \_\_\_\_\_
- École Fréquentée : \_\_\_\_\_
- N° Allocataire (CAF / MSA) : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARENT 1

- Nom et Prénom : \_\_\_\_\_
- Adresse : \_\_\_\_\_
- N° de Téléphone Portable : \_\_\_\_\_ • Domicile : \_\_\_\_\_
- Adresse E-mail : \_\_\_\_\_
- Profession : \_\_\_\_\_
- Nom et N° de Tél de l'Employeur : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARENT 2

- Nom et Prénom : \_\_\_\_\_
- Adresse : \_\_\_\_\_
- N° de Téléphone Portable : \_\_\_\_\_ • Domicile : \_\_\_\_\_
- Adresse E-mail : \_\_\_\_\_
- Profession : \_\_\_\_\_
- Nom et N° de Tél de l'Employeur : \_\_\_\_\_

### SITUATION FAMILIALE

- MARIÉ     PACSÉ     EN CONCUBINAGE     DIVORCÉ     CÉLIBATAIRE

### PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

- Nom et N° de Téléphone : \_\_\_\_\_
- Nom et N° de Téléphone de votre Médecin : \_\_\_\_\_
- Mentionner si votre enfant a des problèmes médicaux (asthme, épilepsie, allergie...) et si celui-ci suit un traitement : \_\_\_\_\_
- Mentionner si votre enfant peut rentrer SEUL ou NON est si une personne est susceptible de le récupérer au Point Jeunes :  OUI     NON    Autres : \_\_\_\_\_
- Je soussigné \_\_\_\_\_ autorise le personnel du Point Jeunes à prodiguer les soins nécessaires à mon enfant en cas de problème.
- Au cours des sorties organisées par le Point Jeunes des photos ou vidéos seront prises.  
 J'autorise     Je n'autorise pas le personnel du Point Jeunes à les utiliser comme moyen de communication.

SIGNATURE

PARENT 1

PARENT 2