



- PAI
- Photos
- Transports
- Baignade
- Sortie

Adhésion 7/8€ individuelle ou 10/12€ familiale  
réglée le .....  
Cotisation 6€ (ou 3€ si QF<684€) réglée le  
.....  
 Fiche saisie sur Noé

**Fiche de liaison**  
**SECTEUR JEUNESSE**  
**Année scolaire 2024-2025**

**LE JEUNE**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....  Fille  Garçon

Ecole fréquentée : .....

N° sécurité sociale : ..... Portable : .....

**RESPONSABLES LEGAUX**

<input type="checkbox"/> <b>Famille d'accueil</b>	<b>Parent 1/ <input type="checkbox"/> Tuteur</b>	<b>Parent 2</b>
Nom :	.....	.....
Prénom :	.....	.....
Adresse :	.....	.....
	.....	.....
Code postal :	.....	.....
Ville :	.....	.....
Téléphone fixe :	.....	.....
Téléphone portable :	.....	.....
Profession :	.....	.....
Téléphone travail :	.....	.....
Adresse mail (mère OU père) :	.....	
Allocataire : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Bénéficiaire de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé		
N° allocataire : .....	Quotient familial : .....	Date : .....

*Merci de présenter un justificatif à jour*

**Autre personne à contacter en cas d'urgence :**

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec le jeune : ..... Téléphone : .....

## MEDECIN

Nom du médecin traitant : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Le jeune suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice*).

**Aucun médicament ne sera donné ou pris sans ordonnance.**

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Le jeune est-il allergique ou asthmatique :

	OUI		OUI
Rubéole		Scarlatine	
Coqueluche		Rougeole	
Varicelle		Otite	
Angine		Oreillons	
Rhumatisme articulaire aigu		Purpura	
Autres (préciser) :			

	OUI	CAUSE
Asthme		
Médicaments		
Alimentaires		
Maquillage		
Autres (préciser) :		

Précisez les signes évocateurs de l'allergie et la conduite à tenir (*si besoin, joindre certificat médical*) :

.....  
.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé du jeune (*maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...*) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
.....

Y a-t-il une une conduite particulière à suivre en cas d'urgence ?  Non  Oui

Si oui : précisez : .....

.....

## SANTE

Il est **obligatoire** de **fournir une photocopie des vaccinations** du jeune lors de la première inscription de l'année, et à chaque mise à jour.

Pour être admis au Club Ados, votre enfant doit **obligatoirement être à jour du calendrier vaccinal**. Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, il est impératif de **fournir un certificat médical de contre-indication**.

## RECOMMANDATIONS UTILES

- Le jeune porte-t-il des lunettes ?  Oui  Non Précisions : .....
- Le jeune porte-t-il des prothèses auditives ?  Oui  Non Précisions : .....
- Le jeune porte-t-il des prothèses dentaires ?  Oui  Non Précisions : .....

## REGIME ALIMENTAIRE

- Sans restriction  Sans porc  Végétarien  Sans poisson
- P.A.I. :  allergie  intolérance aux aliments suivants : .....
- .....
- Autre : .....

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Toute information nous permet de mieux connaître votre jeune et contribuer à son bien-être. Merci de nous signaler ce qui vous paraît important (*situation familiale particulière, garde alternée, décès d'un proche, troubles de comportement, difficultés, besoins particuliers, ...*)

.....

.....

.....

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), ....., responsable légal du jeune, autorise le responsable du séjour/du Club Ados à prendre, dans le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune et m'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle.

- Oui  Non

## AUTORISATION CAF PRO - CDAP

J'autorise les professionnels du Centre Socioculturel du Douessin à consulter directement mon quotient familial CAF via le service « consultation des données Allocataires par le Partenaire » (CDAP)  Oui  Non (*Si non, fournir un justificatif du quotient familial*)

## AUTORISATION BAINNADE

- J'autorise mon enfant à se baigner :  Oui  Non
- Mon jeune sait nager :  Oui  Non  En cours

## AUTORISATION SORTIE

J'autorise mon jeune à sortir seul :  Oui  Non

J'autorise mon jeune à rentrer seul :  Oui  Non

J'autorise mon jeune à **utiliser les moyens de transport** nécessaires aux déplacements des activités :

Oui  Non

*(Si non, l'enfant ne sera pas admis aux activités à l'extérieur)*

## DROIT A L'IMAGE

J'autorise le Centre Socioculturel du Douessin à utiliser l'image de mon jeune et à la diffuser (presse, Internet, support de communication). En aucun cas, l'image ne portera atteinte à la dignité du jeune, l'objectif étant de valoriser notre action.  Oui  Non

## AUTORISATION RGPD (données personnelles)

Les données personnelles recueillies par le biais de cette fiche de liaison sont enregistrées sur le logiciel de gestion AIGA-Noé, permettant le suivi des inscriptions, de la facturation et des différentes statistiques demandées par nos partenaires-financeurs. Elles ne font en aucun cas l'objet d'une cession à des tiers. Vous pouvez demander la suppression de vos données auprès du secrétariat du CSC.

## DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e), ....., responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

### RAPPEL :

La fiche de liaison est valable de septembre à août. Elle doit être réactualisée une fois par an, et tenue à jour.  
**Aucun jeune ne sera accepté au Club Ados sans que cette fiche de liaison soit remise au préalable au secrétariat ou au responsable du Club Ados.**

Le responsable légal du jeune doit informer la responsable du Club Ados de tous changements liés à la fiche de liaison.