

Destination 11 - 17 ans

Année scolaire 2024 - 2025

JEUNE

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Age : ①
Mail : @

FAMILLE

NOM et prénom du représentant légal :
Adresse :
.....
Mail : @
En cas d'accident, Destination 11 - 17 s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.
Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant les numéros de téléphone nécessaires :
① domicile : ① professionnel :
① père : ① mère :
① d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

PAPIERS A FOURNIR

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> justificatif de domicile | <input type="checkbox"/> sécurité sociale | <input type="checkbox"/> règlement intérieur |
| <input type="checkbox"/> assurance | <input type="checkbox"/> vaccins | <input type="checkbox"/> notification M.D.P.H. |
| <input type="checkbox"/> mutuelle | <input type="checkbox"/> attestation de quotient familial | <input type="checkbox"/> P.A.I |

J'AUTORISE :

- | | |
|--|---|
| • la structure Destination 11 - 17 à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre de ses activités et à utiliser ces images pour toute publication éditée par la ville (brochures, affiches, dépliants, ...) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| • mon fils / ma fille à participer aux activités et sorties organisées par la structure Destination 11 - 17. | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| • mon fils / ma fille à sortir de la structure Destination 11 - 17 pour rentrer déjeuner à la maison entre 12 h et 14 h. | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| • j'autorise mon fils / ma fille à partir seul à la fin des activités à partir de 16h30 | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

OU

j'autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon fils / ma fille, si celui-ci n'est pas autorisé à partir seul :

Destination 11 - 17 ans

Année scolaire 2024 - 2025

En cas d'urgence, un jeune accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un jeune mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné,....., responsable légal, autorise l'anesthésie de notre fils/ fille au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

À , le..... 2024-2025

Signature :

OBSERVATIONS PARTICULIERES

Observations particulières (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre, habitude alimentaire : végétarien, sans viande...) :

.....

NOM et téléphone du médecin traitant :

.....