



Autorisation parentale 01/09/2025 - 31/08/2026



Documents à fournir :

- Copie d'assurance de l'année en cours
- Pièce d'identité
- Ordonnance si traitement médical
- Copie des vaccins à jour

L'enfant

Nom :
Date de naissance : / /
Lieu de naissance :
Arrêt de bus pour les transports :

Prénom :
Age :



Parentalité

Nom :
Téléphone :
Mail:
Adresse :

Prénom :
Date de naissance :

Nom :
Téléphone :
Mail:
Adresse :

Prénom :
Date de naissance :



En cas d'urgence

Nom :
Téléphone :
Mail:
Adresse :

Prénom :
Date de naissance :



Engagement

Je soussigné(e), déclare sur l'honneur avoir le plein exercice de l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Autorise :

- Mon enfant à participer aux sorties/animations/séjours du service jeunesse
- A rentrer seul (si oui entouré) uniquement sur la commune où il réside :

OUI NON

- Le transport de mon enfant lors des sorties organisées par le service :

OUI NON

- Photographier/filmer mon enfant lors des actions et à la diffusion de son image :

- Dans les parutions de presse papier Mag du Val briard
- Sur le site web du Val Briard pour différents articles
- Les réseaux sociaux (facebook, instagram, ect...)

Date :

Signature :



Communauté de Communes Val Briard



2 rue des vieilles chapelles, 77610 LES CHAPELLES BOURBON



01.81.20.04.08



E-mail : jeunesse@valbriard.fr

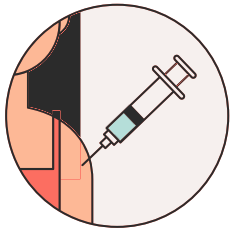


Site internet : www.valbriard.fr

L'enfant

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : / / Age : _____
 Allergie / Traitement médical : _____
 Groupe sanguin : _____

Vaccinations



Vaccin obligatoire	Oui	Non
Diphtérie		
Tétanos		
Poliomyélite		
Ou DT polio		
Ou Tétracoque		
Monotest		

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoire, joindre un certificat médical de contre-indication

Renseignements médicaux

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente de les médicaments correspondants.

Aucun traitement ne sera donné sans ordonnance.

A titre indicatif l'enfant à déjà eu les maladies suivantes ?

	Oui	Non		Oui	Non
Rubéole			Rougeole		
Coqueluche			Rhumatisme articulaire aigu		
Varicelle					
Otite			Oreillon		
Angine			Scarlatine		



Projet d'accueil individualiser ? OUI NON

Si oui, joindre le protocole et toutes les informations utiles :

Allergie, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Régime alimentaire



Régime alimentaire particulier ? OUI NON

Si oui, précisez :

Autres informations importantes :



Responsable de l'enfant :

Je soussigné(e)....., responsable de l'enfant, déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, toutes mesures (traitement médical, soins, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou service habilités à définir l'hôpital de secteur.

Signature :

Date :