VAL BRIARD
Ma Communauté de Communes

Service jeunesse



Autorisation parentale
01/09/2026 - 31/08/2027



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 : Prénom :
Date de naissance : / / Age :
Lieu de naissance :
Arrêt de bus pour les transports :



Parentalité

Nom : Prénom :
Télephone : Date de naissance :
Mail:
Adresse :



Nom : Prénom :
Télephone : Date de naissance :
Mail:
Adresse :

En cas d'urgence

Nom : Prénom :
Télephone : Date de naissance :
Mail:
Adresse :



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

Service jeunesse

Fiche sanitaire

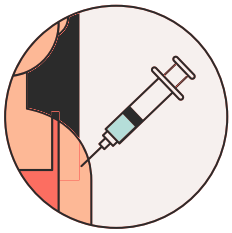
01/09/2026 - 31/08/2027

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 :**