

Espace Jeunesse

15 avenue Gilbert Fergant - 91220 Le Plessis-Pâté
Tél. : 07 62 96 99 84 / 01 60 84 76 89
espacejeunesse@leplessispate.fr



**Photo
obligatoire**

Fiche confidentielle 2026-2027

Nom et prénom du jeune :

Email de contact pour le Portail Famille (en majuscules) :

L'adolescent (Renseignements concernant l'adolescent)

Nom :

Prénom :

Date de naissance : .../.../...

Adresse :

Établissement fréquenté :

Email :

Numéro de téléphone :

La famille

Renseignements concernant le parent n°1 ou tuteur légal
d'autorité parentale ? ☐ oui ☐ non

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Email :

Souhaitez-vous recevoir la Newsletter de l'Espace Jeunesse ?

☐ Oui

☐ Non

Nom et téléphone de l'employeur :

Régime d'assurance sociale :

☐ régime général ☐ autre régime

Renseignements concernant le parent n°2 ou tuteur légal
d'autorité parentale ? ☐ oui ☐ non

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Email :

Souhaitez-vous recevoir la Newsletter de l'Espace Jeunesse ?

☐ Oui

☐ Non

Nom et téléphone de l'employeur :

Régime d'assurance sociale :

☐ régime général ☐ autre régime

Renseignements médicaux

Médecin traitant

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. fixe :

Maladies

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

☐ rubéole

☐ varicelle

☐ angine

☐ scarlatine

☐ otite

☐ coqueluche

☐ rougeole

☐ oreillons

Allergies

☐ alimentaires

☐ médicamenteuses

Autres :

Pour le Protocole d'Accueil Individualisé, merci de fournir le document ainsi que les médicaments (obligatoire)

(Circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil des enfants atteints de troubles de la santé)

Régime alimentaire spécifique

☐ oui ☐ non

Si oui, précisez :

Recommandations utiles

Votre jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. A-t-il eu des difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation, crises convulsives) ?

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

1	Nom : Prénom : Tél. :	2	Nom : Prénom : Tél. :	3	Nom : Prénom : Tél. :
4	Nom : Prénom : Tél. :	5	Nom : Prénom : Tél. :	6	Nom : Prénom : Tél. :

Assurance extrascolaire

L'assurance extrascolaire est nécessaire pour protéger votre enfant contre les dommages qu'il pourrait subir (garantie accident) mais aussi contre ceux qu'il pourrait causer (Responsabilité civile). Il est conseillé de souscrire un contrat d'assurance de personnes. Ce type d'assurance est important, puisqu'il peut s'agir d'accidents très graves pour les mineurs. Si aucune responsabilité n'a pu être dégagée, c'est l'assurance de la personne souscrite par la victime qui indemniserait son préjudice.

Merci de joindre IMPÉRATIVEMENT une attestation «assurance extrascolaire».

Autorisations

Je soussigné(e) agissant en qualité de **père, mère ou tuteur légal** désigné par décision de justice ou décision administrative, autorise mon fils/ma fille :

À rentrer seul(e) le soir de l'Espace Jeunesse : oui ☐ non ☐

À participer à toutes les activités organisées par l'Espace Jeunesse et à utiliser le moyen de transport prévu (car, train, marche à pied, vélo...) : oui ☐ non ☐

À être pris en photo ou vidéo. Images qui pourront être diffusées dans la presse locale ou encore sur les supports de communication de l'Espace Jeunesse ou de la Mairie :

- Support papier : oui ☐ non ☐
- Support numérique (site internet et réseaux sociaux de l'Espace Jeunesse et de la Ville) : oui ☐ non ☐

À recevoir la newsletter de l'Espace Jeunesse par mail : oui ☐ non ☐

Autorise les animateurs à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident : oui ☐ non ☐

Pièces à fournir avec cette fiche confidentielle :

- photocopie de l'assurance extrascolaire 2026/2027
- photocopie des vaccins (carnet de santé)
- décision de justice en cas de divorce, de séparation, ou d'autorité parentale exclusive
- Photo d'identité récente

Je soussigné(e),, responsable légal de l'adolescent, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, **m'engage à respecter le règlement intérieur de l'Espace Jeunesse (dont j'ai pris connaissance sur le site de la ville)** et autorise les responsables à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.

Date :

Signature du parent n°1 :

Signature du parent n°2 :

Et/ou signature du tuteur légal :