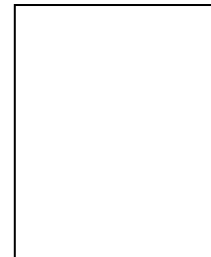


# Fiche de Renseignements

## SMILE JEUNESSE 11-17 ans



Nom de l'enfant : Prénom : Sexe M - F

Date de naissance : Lieu : N° dép. :

Numéro Portable (de l'adolescent(e)) :

Adresse domicile :

Adresse mail :

	Parent 1	Parent 2	En cas de parents séparés	
			Conjoint(e) du parent 1	Conjoint(e) du parent 2
Nom				
Prénom				
Adresse complète				
n° tel. fixe				
n° tel portable				
n° tel travail				

Nom, prénom et adresse de la personne habilitée à recevoir les factures des services municipaux :

N° Allocataire CAF : N° Sécurité sociale :

Régime : Régime Général ☐ Régime Maritime ☐ MSA ☐ Autres (à préciser) :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille. Sinon personnes à prévenir et habilitées à récupérer les enfants.

Nom	Prénom	Tél.	Qualité

Médecin de l'enfant - Nom : Dr.

Tél :

**Santé : En cas d'urgence**, un(e) adolescent(e) accidenté(e) ou malade est orienté(e) et transporté(e) par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Le/la mineur(e) ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné(e) de sa famille.

### Documents à fournir pour un dossier complet :

☐ Cotisation annuelle de 5€ (sur facture) - ☐ une photo - ☐ attestation d'assurance de l'année - ☐ fiche sanitaire complétée de l'année - ☐ attestation caf - ☐ pour les personnes non allocataires de la caf fournir relevé d'imposition année n-2 et une attestation de non droit de la caf - ☐ attestation sécurité sociale - ☐ photocopie du carnet de santé (vaccins) - ☐ certificat médical (pour les activités sportives) - ☐ photocopie de la carte d'identité.

Je soussigné(e), , certifie avoir pris connaissance et accepté les termes du projet pédagogique et du règlement intérieur

Le / /2025,  
Signature