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 5,51€ (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 / /2024,
Signature