



## DOSSIER MEG'ADOS



### **RENSEIGNEMENTS DU JEUNE :**

Nom & Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Téléphone **du jeune** : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

**Obligation de fournir un Pass Nautique ou diplôme Savoir Nager (se renseigner auprès du Collège)**

### **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

Dispose-t-il déjà d'un Protocole d'Accueil Individualisé ?  OUI  NON

Prend-t-il un traitement médical régulier ?  OUI  NON

Connaît-il des restrictions médicales particulières ?  OUI  NON

Souffre-t-il d'allergies ?  OUI  NON

Si oui, préciser la cause et la conduite à tenir :

---

---

Demande des repas sans porc :  OUI  NON ou sans viande :  OUI  NON

**Merci de fournir la photocopie du carnet de santé attestant que le vaccin DTP a bien été effectué.**

### **RENSEIGNEMENTS RESPONSABLES :**

Autorité parentale :  OUI  NON

PERE  MERE  TUTEUR

Nom &Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Tél. Fixe : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél. Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél. Pro :  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

## **AUTORISATIONS :**

- AUTORISE**  **N'AUTORISE PAS** mon enfant à participer et à se déplacer par tous moyens (à pied, bus..).
- AUTORISE**  **N'AUTORISE PAS** mon enfant à quitter seul le lieu de l'activité.
- AUTORISE**  **N'AUTORISE PAS** l'équipe encadrante à photographier et/ou à filmer mon enfant pendant les activités choisies auxquelles il participe, et à utiliser ces images pour différentes publications papiers ou sur les pages professionnelles des réseaux sociaux de la Mairie de Megève.

## **PERSONNES AUTORISÉES A RECUPERER** : (autres que les responsables légaux)

- NOM & PRENOM : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_  
N° de tél personnel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- NOM & PRENOM : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_  
N° de tél personnel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal du jeune déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus, autorise le responsable de la structure à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et autorise l'envoi de sms et mails par le Guichet Unique Enfance Jeunesse.



**Tout dossier incomplet sera refusé.**

A Megève le :

Signature du responsable légal :

 Guichet Unique Enfance Jeunesse, Mairie de Megève, BP 23 | MEGEVE ☎ +33 (0)4 50 58 77 84

 [service.enfance@megeve.fr](mailto:service.enfance@megeve.fr)