

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS (à compléter par le responsable légal)

## LES RESPONSABLES LÉGAUX

### Responsable légal 1 :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél. portable : : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autre numéro joignable pendant le séjour (facultatif) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

### Responsable légal 2 (facultatif) :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autre numéro joignable pendant le séjour (facultatif) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

## PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

(susceptible d'accueillir le jeune en cas de rapatriement sanitaire ou de renvoi)

NOM - Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

## PERSONNE AUTORISÉE À RÉCUPÉRER L'ENFANT

(si différent des responsables légaux)

NOM - Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## COUVERTURE ET PROTECTION SOCIALE

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Nom de la complémentaire santé : \_\_\_\_\_

N° d'adhérent : \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous de l'aide médicale gratuite (CMU) ? OUI  NON

## ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Compagnie : \_\_\_\_\_

N° de contrat : \_\_\_\_\_

N° de téléphone de l'agence : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## MÉDECIN TRAITANT

Nom : Dr. \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_