

## 1. Enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Ramassage : (si transport collectif prévu)

St Macaire  Torfou  St Germain

Tél. portable (du jeune) : .....

Mail (du jeune) : .....

## 2. Vaccination

(Merci de compléter le tableau ci-dessous)

| VACCINS OBLIGATOIRES | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES            | DATES |
|----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|
| Diphtérie            |                           | Hépatite B                     |       |
| Tétanos              |                           | Rubéole - Oreillons - Rougeole |       |
| Poliomyélite         |                           | Coqueluche                     |       |
| Ou DT polio          |                           | Autres (préciser)              |       |
| Ou Tétratoq          |                           |                                |       |
| BCG                  |                           |                                |       |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES : joindre un certificat médical de contre-indication

## 3. Renseignements médicaux de l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui  non

Si oui, lequel ? .....

### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|                                                                         |                                                                        |                                                                       |                                                                                          |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| RUBEOLE<br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | ANGINE<br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>   | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ<br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |                                                                         |
| COQUELUCHE<br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | OTITE<br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>     | ROUGEOLE<br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | OREILLONS<br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>                   | SCARLATINE<br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |

### ALLERGIES

ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSE oui  non

ALIMENTAIRE oui  non  AUTRES .....

Votre enfant est-il reconnu porteur d'un handicap ?

oui  non  Si oui, merci de fournir un justificatif.

## PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

(si automédication le signaler)

### LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ

(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) et les précautions à prendre.

## 4. Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc. (précisez)

## 5. Responsable de l'enfant

### Responsable 1

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Tél. fixe : ..... Portable : .....

Mail : .....

Tel. du lieu de travail .....

### Responsable 2 (si adresse différente)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Tél. fixe : ..... Portable : .....

Mail : .....

Tel. du lieu de travail .....

N° allocataire C.A.F. .... Quotient .....

N° allocataire M.S.A. .... Quotient .....

Je soussigné(e), .....  
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements  
portés sur cette fiche

# Autorisation Parentale

(rayez les mentions si vous n'êtes pas d'accord)

## Autorise l'animateur :

- à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant (déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire)

- à filmer, à photographier librement mon enfant dans le cadre des activités (documents qui peuvent être diffusés sur internet, réseaux sociaux, presse, bilans d'été et plaquettes de communication...).

- à administrer les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.

- autorise la transmission de mes coordonnées pour des covoiturages.

## Autorise mon enfant :

- à participer aux animations encadrées par les animateurs jeunesse pendant l'année (année 2022).

- à se déplacer dans les véhicules du Centre Social dans le cadre des animations jeunesse.

- à rentrer seul après les activités

J'atteste avoir pris connaissance des modalités d'organisation des activités jeunesse.

**Si vous n'acceptez pas une de ces conditions, merci de signaler auprès de l'équipe jeunesse.**

Fait à ..... le .....

Signature