

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
Diphthérie		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 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE 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 2024).

- 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