

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
Ou DT polio		Hépatite B	
Ou Tétratoq		Rubéole - Oreillons - Rougeole	
BCG		Coqueluche	
		Autres :	

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

ALLERGIES

ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSE oui non

ALIMENTAIRE oui non AUTRES

RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

oui non Si oui, merci de préciser :

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

N° Sécurité Sociale

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

Droit d'accès et de rectification : vous pouvez, en vertu du Règlement européen sur la protection des données personnelles (RGPD), en vigueur depuis le 25/05/2018, avoir accès aux données vous concernant ; demander leur rectification et leur suppression. Ces démarches s'effectuent auprès du responsable du traitement en envoyant un mail à : centresocialindigo@gmail.com

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 2025).

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

- à rentrer seul après les activités

J'autorise le Centre Social Indigo à garder les informations de cette fiche pendant 3 ans.

Ces données sont recueillies en cas de besoin, pour contacter les parents et les urgences lors des activités jeunesse du Centre Social Indigo. En aucun cas ces données ne seront cédées ou vendues à des tiers.

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

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

Fait à le

Signature

