

Année 2018-2019

Informations concernant le jeune :

NOM : PRENOM :
Date de naissance : N° Sécurité Sociale :
Adresse :
N° de téléphone portable :
E-mail du jeune :

Informations concernant le ou les représentants légaux :

NOM : PRENOM :
E-mail :
Profession :
Allocataire CAF ou MSA ou autre
N° d'allocataire : Coefficient Familial :
Nom et adresse de l'employeur :
TEL en cas d'urgence (Père, Mère, Tuteur) :
Travail (Père, Mère, Tuteur) :
Autres personnes à prévenir en cas d'urgence :

Je soussigné(e).....agissant en qualité de représentant légal du jeune,
autorise le coordinateur-enfance jeunesse à :

(MERCİ DE COCHER LES CASES CORRESPONDANTES A VOTRE ACCORD)

- à faire donner des soins médicaux et chirurgicaux qui s'avèreraient nécessaires en cas d'urgence.
- à utiliser des photos prises lors des animations, sur lesquelles peut apparaître mon enfant afin de promouvoir les animations jeunesse
- à transporter mon enfant dans son véhicule ou en minibus si cela est nécessaire dans le cadre des animations.
- J'autorise mon enfant à venir seul au lieu de rendez-vous et à repartir seul.

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui/Non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	Oui	Non			
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR:

Suit-il un **traitement médical** ? Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES :

ASTHME	oui	non
ALIMENTAIRES	oui	non
MEDICAMENTEUSES	oui	non
AUTRES (animaux, plantes, pollen)	oui	non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication le signaler)** :

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui Non

.....
.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme Articulaire Aigu		Scarlatine	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons			
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non		

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS:

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne (en cas de séjour) :

.....
.....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature du responsable légal :