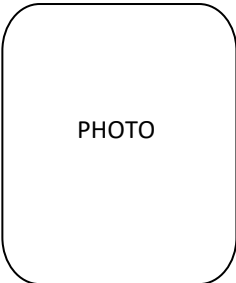




FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024



Numéro de la Carte Avantages Jeunes

NOM ET PRÉNOM DU JEUNE :

Sexe : M / F Date de naissance :

Établissement fréquenté : Classe :

Tél. portable et adresse mail du jeune :

Lieu de résidence du jeune :

Responsable légal 1 (nom, prénom et lien/qualité) :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

Adresse mail :

Nom, adresse et n° de téléphone de l'employeur :

Responsable légal 2 (nom, prénom et lien/qualité) :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

Adresse mail :

Nom, adresse et n° de téléphone de l'employeur :

Personne(s) habilitée(s) à prendre le jeune à la place des parents et/ou à contacter en cas d'urgence :

NOM(S), PRÉNOM(S) et n° de téléphone :

Frère(s) et sœur(s) (nom(s), prénom(s) et date(s) de naissance) :

.....

Je soussigné(e), Madame/Monsieur

AUTORISE mon fils/ma fille

Cocher par oui ou par non	OUI	NON
à subir une anesthésie au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, une intervention chirurgicale serait nécessaire		
à quitter seul(e) l'accueil de jeunes après les activités, le dégageant ainsi de toute responsabilité en cas d'incident		
à être photographié(e) ou filmé(e) lors des diverses activités effectuées à l'accueil de loisirs : Diffusion sur des documents officiels, outils de communication tels que Facebook, Instagram, affiches... (si oui, l'accueil ne retirera aucune photographie ni film quelques années plus tard en cas de demande)		
à être en quartier libre lors des sorties ou séjours		

Tout changement sera effectif au moment de celui-ci (dater et signer sur le côté du tableau, entourer le changement)

Je déclare sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements, j'ai pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement de la structure et je les accepte. Je m'engage à signaler tout changement relatif à cette déclaration.

À le

Signature du responsable légal

FICHE SANITAIRE

JEUNE (nom et prénom) : Né(e) le.....

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé)

NOM DU VACCIN	DATE

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

☉ Le jeune a-t-il DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? (entourer le nom ou le rayer)

Rubéole

Coqueluche

Angine

Otite

Scarlatine

Rougeole

Oreillons

Varicelle

Rhumatisme Articulaire Aigu

Allergies : médicamenteuses, alimentaires, asthme, autres (précisez) :

.....
.....

☉ Le jeune suit-il un TRAITEMENT MÉDICAL PENDANT LE SÉJOUR ?.....

.....

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.

En fonction de l'importance de la maladie, un projet d'accueil individualisé peut être mis en place, dans lequel sera indiquée la conduite à tenir.

☉ Indiquez ci-après les éventuelles DIFFICULTÉS DE SANTÉ en précisant les précautions à prendre :

.....
.....
.....

☉ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Le jeune porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc. (précisez) ?

.....

Je soussigné(e), **responsable légal** du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.

À le

Signature du responsable légal