

**Adhésion payée (10€)** – chèque à l'ordre du trésor public

## 1. Jeune

Nom : ..... Prénom : .....

Genre : Garçon  Fille  Autre

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

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

Tél portable (du jeune) : ...../...../...../...../.....

Mail (du jeune) : .....

## 2. Vaccination

(merci de compléter le tableau ci-dessous)

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires :** joindre un certificat médical de contre-indication

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES (DERNIERS RAPPELS)	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole – Oreillons – Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		Autres (préciser)	
Ou Tétratoq			
BCG			

## 3. Renseignements médicaux du jeune

### LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

Le jeune est-il reconnu AEEH ? Oui  Non

Le jeune suit-il un traitement médical pendant le séjour ?

Oui  Lequel ? ..... Non

## ALLERGIES

<b>ASTHME</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>MÉDICAMENTEUSE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>ALIMENTAIRE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Autres</b> .....

**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**

.....  
.....

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

.....

## 4. Responsable de l'enfant

### Responsable 1

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

Tél fixe : ...../...../...../...../..... Portable : ...../...../...../...../.....

Mail : .....

Tel du lieu de travail : ...../...../...../...../.....

### Responsable 2

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

Tél fixe : ...../...../...../...../..... Portable : ...../...../...../...../.....

Mail : .....

Tel du lieu de travail : ...../...../...../...../.....

N° Sécurité sociale : .....

Mutuelle complémentaire : .....

N° allocataire CAF ..... Quotient .....

Ou N° allocataire MSA ..... Quotient .....

## 5. Renseignements médecin

Nom : ..... Tél : ...../...../...../...../.....

Adresse : .....

## Autorisation parentale

### Sortie libre :

J'ai pris connaissance du fonctionnement des accueils à l'espace jeunes, à savoir la possibilité pour mon enfant d'aller et venir librement. Plus d'informations auprès de l'animateur référent ou dans le projet pédagogique.

### Droit à l'image – autorise :

– à **filmer, à photographier** librement mon enfant dans le cadre des activités (réseaux sociaux, bulletins municipaux, presse).

Oui  Non

Signature responsable :

### Autorise l'animateur :

- à **prendre, le cas échéant, toutes mesures** (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) **rendus nécessaires par l'état de mon enfant** (déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire).
- à **administrer les éventuelles médications** prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.

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

J'ai pris connaissance de la **Charte de Vie** et je m'engage à la respecter.

Fait à ....., le .....

Signature du jeune :

Signature responsable :