

### I- FICHE DE RENSEIGNEMENT :

**JEUNE** : Nom : ..... Prénom : .....

Né (e) le : ..... / ..... / ..... à : ..... Sexe :  F  G

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone portable du jeune : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Etablissement scolaire : .....

#### PERE (ou Représentant légal 1) :

Nom : .....

Prénom : .....

Tél portable : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Adresse : .....

Tél professionnel : .....

#### MERE (ou Représentant légal 2) :

Nom : .....

Prénom : .....

Tél portable : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Adresse : .....

Tél profession.....

#### PERSONNES A PREVENIR AUTRES QUE LES PARENTS :

Nom : ..... Lien : ..... Tél : .....

Nom : ..... Lien : ..... Tél : .....

#### REGIME ALIMENTAIRE :

#### PAI (Projet d'accueil individualisé) :

Oui  Non Si oui, fournir les documents

#### AUTORISATION DE SORTIE :

J'autorise mon enfant à quitter l'accueil de loisirs seul :

Oui quand il le souhaite  Oui avec la navette  Oui à partir de .....h  Non

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher votre enfant :

.....

#### ADRESSE MAIL DE CONTACT

Email du père : ..... @.....

Email de la mère : ..... @.....

J'accepte que mon email soit utilisé pour recevoir les informations et les plannings du Secteur jeunes au sein de la liste de diffusion.



## II- FICHE SANITAIRE DE LIAISON :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant pendant les activités ou séjours organisés par le Département Education Jeunesse.

### 1- VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
<b>Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite - Coqueluche - Haemophilus</b>		
Nom du vaccin : .....	BCG	
Date du dernier rappel : .....	Hépatite B	
	Rubéole-Oreillons-Rougeole	
	Pneumocoque	
	Autres (Préciser) : .....	

### 2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  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 administré sans ordonnance.**

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

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Angine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

**ALLERGIES :** Alimentaires  Oui  Non      Autres (animaux, plantes, pollen)  Oui  Non

Médicamenteuses  Oui  Non

Précisez .....

**ASTHME :**  Oui  Non

*Si **oui**, joindre un certificat médical précisant la cause, les signes évocateurs et la conduite à tenir.*

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

### 3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

### 4- RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : ..... PRENOM : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : ..... TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (Facultatif) : .....

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

**Si l'ensemble des renseignements sont incomplets, aucune inscription ne sera prise en compte.**

Fait à ..... Le ..... / ..... / .....

Signature :