

FICHE de RENSEIGNEMENTS

Jeunesse 12/17 ans

Cadre réservé au service :

- Règlement Intérieur
- Assurance
- Vaccins
- Quotient familial

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2023</div> <p style="text-align: center;"><u>Date et signature du</u> <u>ou des Responsable(s)</u></p>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2024</div> <p style="text-align: center;"><u>Date et signature du</u> <u>ou des Responsable(s)</u></p>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">2025</div> <p style="text-align: center;"><u>Date et signature du</u> <u>ou des Responsable(s)</u></p>
--	--	--

► **LE JEUNE**

fille garçon

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Tél :

Mail @ :

► **ASSISTANTS FAMILIAUX**

NOM /Prénom :

Mail @ :

Adresse :

CP/ Ville :

Téléphone :

PERE MERE AUTRE.....

Nom/prénom

Mail @ :

Adresse CP/Ville:

Profession/ Employeur Lieu de travail

Tél. mobile :

Tél. travail :

PERE MERE AUTRE.....

Nom/prénom

Mail @ :

Adresse CP/Ville :

Profession / Employeur Lieu de travail

Tél. mobile:

Tél. travail :

► **Adresse de facturation (si différente):**

► **MEDICAUX**

Nom du médecin :

Téléphone :

Recommandations :

► **REGIME ALLOCATAIRE**

Nom de l'allocataire :

CAF, MSA, Autres :

Numéro allocataire :

► **N° sécurité sociale**

► **ASSURANCE** Nom de la compagnie

► **INSCRIPTION SCOLAIRE**

Etablissement

Ville

► **MERCREDIS / PERIODES SCOLAIRES/ VACANCES**

Autorisation de sortir librement, oui non
de l'accueil jeunes ou de l'ALSH ados

► **PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT** (autres que les parents ou responsables légaux)

Nom - Prénom	Lien de parenté	Domiciliation	Mobile
<input style="width: 100%;" type="text"/>			
<input style="width: 100%;" type="text"/>			

DROIT A L'IMAGE/AUTORISATIONS /FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :Prénom:..... fille garçon

DROIT A L'IMAGE / RESEAUX SOCIAUX :

J'autorise **Je n'autorise pas**

L'utilisation de mon image et/ou celle de mon enfant, dans le cadre des moyens de communication, pour une diffusion publique, bulletin communautaire, presse écrite, réseaux sociaux, sites internet, en sachant que l'utilisation qui pourra en être faite ne portera en aucun cas atteinte à l'intégrité de la personne.

AUTORISATIONS : HOSPITALISATION/ TRANSPORT/DEPART DE L'ENFANT

Je, soussigné(e), Monsieur ou /et Madame :

Agissant en qualité de : Père – Mère – Tuteur

Autorise **N'autorise pas**, l'équipe de direction, en cas de maladie ou d'accident de l'enfant à prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires.

Autorise le transport en car ou en minibus de l'enfant dans le cadre des sorties organisées par les structures.

SANTE /VACCINATION : joindre les photocopies des vaccins

Est-il suivi pour/Préciser : <input type="checkbox"/> Allergies : <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Rhumatismes <input type="checkbox"/> Autres :	L'enfant a-t-il déjà eu : <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Autres :.....	Est-t-il fréquemment sujet à : <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Bronchite <input type="checkbox"/> Rhino-pharyngite <input type="checkbox"/> Autres :
--	--	---	---

- A-t-il un protocole ? OUI NON (Si oui, merci de **fournir le protocole**)
- A-t-il un traitement ? OUI NON
- Devra-t-il suivre ce traitement ou un autre durant une sortie ou un séjour ? OUI NON

Dans ce cas, fournir les médicaments et l'ordonnance au responsable, au départ, dans un sac fermé avec le nom de l'enfant.

Vaccins à jour : OUI NON Si l'enfant a des contre-indications à l'une des vaccinations, fournir un certificat médical

Le jeune porte-t-il ?

- Des lunettes : OUI NON Quand doit-il les porter ?
- Un appareil ou une prothèse dentaire : OUI NON
- Des appareils auditifs OUI NON
- Autres :

Le jeune suit-il un régime alimentaire : OUI NON Si oui, lequel ?

A-t-il eu une opération chirurgicale récente ? OUI NON Si oui, laquelle : Date :/...../.....
 S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? OUI NON

Recommandations supplémentaires (soucis d'énurésie, d'encoprésie, terreurs nocturnes, angoisses.....n'hésitez pas à mentionner tous les éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à votre enfant) :

.....

Le jeune a-t-il un suivi éducatif (éducateur...) ? OUI Si oui, souhaitez-vous communiquer les coordonnées de la personne :

Nom/Prénom/Téléphone/Organisme :
