



SERVICE ACTION JEUNESSE

11 – 17 ans

FICHE SANITAIRE 2019-2020



Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjour de votre enfant ; elle évite de vous munir de son carnet de santé. **Elle est valable de septembre 2019 à août 2020** (Ce document est à remettre qu'une seule fois service du Guichet Unique). Cette fiche fait l'objet d'un classement au service archive de la Commune à la fin de chaque année scolaire. Les informations qu'elles comportent seront transmises uniquement aux personnels hospitalier si besoin. **Merci de nous préciser tout changement en cours d'année scolaire.**

1/ LE OU LA JEUNE :

Nom :	Prénom :
Date de naissance : --- / --- / -----	Age :
Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>
Accepter-vous que votre adolescent reçoive des informations du service Action Jeunesse par E-mail ?	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Numéro de portable et e-mail du jeune :	
.....	
Etablissement scolaire :	
Niveau d'étude :	

1 – VACCINATIONS : joindre la photocopie du carnet de santé « les pages concernant les vaccins ou aux certificats de vaccinations du jeune »

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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE ou LA JEUNE :

Un traitement médical est-il prescrit pendant sa présence sur la structure JEUNESSE ?

Oui non

Service Action Jeunesse - 11 rue Albert Molinier – 95410
GROSLAY

Tel. : 01 39 83 33 06 - E-mail : action.jeunesse@mairie-groslay.fr

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants en vérifiant leur date de péremption. (**Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'adolescent(e) avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A-t-il/elle déjà eu les maladies suivantes ?

- Angine Coqueluche Otite Rubéole Varicelle
- Asthme Oreillons Rougeole Scarlatine

A-t-il/elle des allergies (asthme, alimentaires, médicamenteuses) ? OUI NON

Si OUI précisez lesquelles et merci de nous fournir une ordonnance du médecin avec la conduite à tenir :
.....
.....

A t-il un Projet d'Accueil Individualisé¹ ? OUI NON

Si oui, le P.A.I doit être remis lors de l'inscription avec la trousse d'urgence et l'ordonnance médicale.

Précisez lequel : P.A.I. SANTE P.A.I. ALIMENTAIRE

REGIME ALIMENTAIRE : Normal Sans Viande Sans Porc

A-t-il/elle eu des antécédents médicaux ou chirurgicaux, susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil (maladie, accident, crises, convulsions, opération, rééducation, ...)
Précisez lesquels et les précautions à prendre.

OUI NON

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

3 – Recommandations utiles des parents (à renseigner obligatoirement)

A-t-il/elle des lunettes, des lentilles de contact, des prothèses auditives ou dentaires

OUI NON

.....
.....

¹ Protocole d'Accueil Individualisé : Merci de nous signaler si vous avez besoin d'en établir un pour des raisons de santé afin accueillir votre adolescent(e) en toute sécurité.

4/ LES RESPONSABLES LEGAUX :

<p>PERE : Nom : Prénom :</p> <p>Tél. portable : Tél. travail :</p> <p>E-mail :</p> <p>Adresse :</p> <p>J'accepte de recevoir les informations du service Action Jeunesse par e-mail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>MERE : Nom : Prénom :</p> <p>Tél. portable : Tél. travail :</p> <p>E-mail :</p> <p>Adresse :</p> <p>J'accepte de recevoir les informations du service Action Jeunesse par e-mail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

5- Autorisation :

- Autorisons notre adolescent(e) à participer aux activités physiques et sportives : oui non
- Autorisons notre adolescent(e) à utiliser les transports en car, train ou mini bus: oui non
- Autorisons l'équipe d'animation à prendre des photos et ou film de notre adolescent(e) au cours des activités proposées et à les utiliser sur tout support de communication communale : oui non
- Facebook Magazine communale site internet Ville application « Groslay »
- Autorisons notre adolescent à quitter la structure seul à la fin des activités : oui non

Je soussigné (e),responsable légale de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la direction de la structure JEUNESSE à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ou anesthésie) rendues nécessaires par l'état du jeune.

Nom, prénom et numéro de téléphone du médecin traitant (facultatif) :

.....

Date :

Signature