

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 2020 à août 2021 (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 Fille

Accepter-vous que votre adolescent reçoive des informations du service Action Jeunesse par E-mail ?

OUI NON

Numéro de portable et e-mail du jeune :

.....

Etablissement scolaire :

Niveau d'étude :

2 – 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

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE ou LA JEUNE :

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

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 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

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

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

4 – Recommandations utiles des parents (à renseigner obligatoirement)

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

OUI NON

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

5 - Autorisations :

- 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(e) à quitter la structure seul(e) à la fin des activités : 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.

6 / LES RESPONSABLES LEGAUX :

<p><u>PERE</u> : 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><u>MERE</u> : 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>

Je soussigné (e) responsable légal(e) de
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 :