



SERVICE ACTION JEUNESSE

11 – 17 ans

FICHE SANITAIRE 2021-2022

photo

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 2021 à août 2022 (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 MEDICAUX 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
- La prise de vues de mon enfant pour les publications de la ville (journal, affiches, site internet, facebook*de la ville, groupes...) * photo avec visage flouté

Pour adhérer au groupe privé Vit'Anim, vous aurez besoin du code suivant : AcJ95G21f

- 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 :

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

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 :

« Les informations recueillies sur ce formulaire sont conservées par la commune de Groslay dans le but de prendre en charge de manière adaptée les enfants sur le site concerné. Elles sont collectées par le Guichet unique et sont destinées à ce service et à la Direction des centres de loisirs. Elles sont conservées pendant un an. La base juridique du traitement est une obligation légale.

Conformément à la réglementation en matière de protection des données à caractère personnel (loi du 6 janvier 1978 modifiée et Règlement Général sur la Protection des données n°2016/679), vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification, de limitation ou d'opposition en contactant le Délégué à la protection des Données Personnelles de la collectivité en envoyant un courriel à dpd@cigversailles.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL ».