

Accueil de loisirs Jeunes 11-17 ans

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements utiles pendant l'accueil du jeune. Les renseignements médicaux rapportés évitent de vous démunir de son carnet de santé.

I – ENFANT :

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : __/__/____ SEXE : M F SCOLARISE(E) (lieu de scolarisation) : _____

ADRESSE : _____

II – VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé). *Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.*

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

III – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT.

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES... OUI NON ALIMENTAIRE OUI NON

AUTRE : _____

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (SI AUTOMEDICATION LE SIGNALER)

.....

INDIQUER LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION...)
 EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? OUI NON

Si oui lequel (préciser) :

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

IV – RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LEGAUX :

L'ENFANT PORTE –T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES ETC...
 (PRECISER)

.....

NOM, ADRESSE ET N° TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

.....

V – RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

Mère ou responsable légal 1 :
Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
Date de naissance : __/__/____
Téléphone domicile :
Téléphone portable :
Téléphone travail :
E-mail :
Situation familiale :
Profession :
Employeur :
Autorité parentale : oui non

Père ou responsable légal 2 :
Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
Date de naissance : __/__/____
Téléphone domicile :
Téléphone portable :
Téléphone travail :
E-mail :
Situation familiale :
Employeur :
Profession :
Autorité parentale : oui non

En cas d'accident et si les responsables légaux ne sont pas joignables, prévenir :

NOM/PRENOM : TEL : __/__/__/__
NOM/PRENOM : TEL : __/__/__/__

Situation CAF/MSA (merci de fournir une attestation de la CAF)

Régime générale Régime agricole Nom de l'ayant droit :
N° allocataire : Quotient Familial : Département : ___

VI – AUTORISATION PARENTALE

1-Mon enfant **est autorisé** à se rendre et partir par ses propres moyens de l'accueil de jeunes : Oui Non

Si non, merci de préciser les personnes autorisées à récupérer votre enfant à l'accueil de loisirs Jeunes en complément des responsables légaux :

Nom/Prénom : _____

Nom/Prénom : _____

2-Mon enfant est autorisé à partir et revenir comme il le souhaite de l'accueil jeunes : Oui Non

3-J'autorise l'association arc en ciel vicomtais à reproduire ou présenter la ou les photographies et/ou vidéos prises dans le cadre d'activités et/ou de sorties et représentant mon enfant désigné sur ce document : pour la publication dans une revue, un journal ou un ouvrage ; Pour présentation en public lors d'une exposition ; Pour la publication sur une affiche, une plaquette, site internet ou tout autre support de publicité au nom de l'accueil de loisirs jeunes. Oui Non

4-J'autorise l'association à consulter « Mon Compte partenaire CAF » et imprimer les données affichées. Oui Non

5-J'autorise mon enfant à participer aux activités mises en place sur le local de l'accueil jeunes ainsi qu'aux activités entraînant un déplacement à pied, à vélo, en transport en commun (bus, minibus, car, train...) et tout autre moyen de transport prévu par l'équipe d'animation.

6-J'autorise l'association arc en ciel vicomtais à traiter sur un support informatique les informations concernant mon adhésion. Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui me concernent, que je peux exercer en m'adressant à l'association arc en ciel vicomtais.

7-J'autorise à créer mon espace personnel sur le Portail Famille en ligne. Je peux demander la désactivation de mon espace personnel en ligne en adressant ma demande par mail : directionalsharcenciel@gmail.com

Je soussigne, _____ responsable légal de l'enfant
_____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel responsable de l'accueil de loisirs jeunes à prendre, le cas échéant, toutes décisions qu'il jugera utiles en cas d'urgence (accident, maladie, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature du/des représentants légaux de l'enfant :
Signature précédée de la mention « lu et approuvé bon pour autorisation parentale ».