



FICHE SANITAIRE JEUNESSE

NOM / PRENOM de l'enfant

Données obligatoires : Vaccinations-antécédents médicaux/chirurgicaux-pathologies-traitements.

Conservation : 3 ans. Finalités : prise en compte des habitudes et problèmes sanitaires des enfants. Transfert des informations si prise en charge par les services d'urgence. Accès : salariés de l'association/corps médical.

Le signataire peut accéder, modifier ou demander la destruction des données à tout moment.

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates	ATTENTION Si votre enfant N'a pas les vaccins obligatoires : FOURNIR UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION.
DT Polio / coqueluche Haemophilus influenzae Hépatite B		Hépatite B		
		Rubéole-Oreillons-Rougeole		
		BCG		
		Infection pneumocoque		

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

TRAITEMENTS MEDICAUX

ATTENTION Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance. **En cas de traitement, fournir l'ordonnance et les médicaments correspondants** dans l'emballage d'origine, avec notice, dans contenant fermé marqué au nom de l'enfant

OUI - NON - Préciser la nature du/des traitement(s) :

MALADIES - cocher les maladies que votre enfant a déjà contracté

AUTRES DIFFICULTES DE SANTE

Rubéole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Otite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Varicelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Angine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Méningite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Rhumatisme articulaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Hépatite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autre :		

ALLERGIES

Préciser cause et conduite à tenir

Asthme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Alimentaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Gel hydroalcoolique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Autre, précisez		

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

L'enfant sait-il nager ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	AUTRES RECOMMANDATIONS - Lunettes lentilles prothèses auditives dentaires... Indiquer toute information que vous jugez utile de transmettre aux équipes
---	---

AUTORISATION PARENTALE DE PRISE EN CHARGE MEDICALE

Je soussigné(e), _____ responsable de l'enfant
déclare exacts les renseignements de cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Nom du médecin traitant :

Tél :

Visa des parents attestant qu'aucun élément n'est à modifier sur la fiche après 1 an :

2023-2024 SIGNATURE	2024-2025 SIGNATURE	2025-2026 SIGNATURE
------------------------	------------------------	------------------------



AUTORISATIONS PARENTALES JEUNESSE

Document obligatoire. Tous les renseignements contenus dans cette fiche restent confidentiels.

ENFANT : NOM **Prénom** **Age**
Né(e) le/...../..... à Nationalité Garçon - Fille

RESPONSABLE LEGAL

NOM..... **Prénom**

ADRESSE - Numéro : **Rue / lieu-dit :**

Code postal : **Commune :**

N° de sécurité sociale (obligatoire):

Régime allocataire : **N° allocataire (obligatoire) :**

Responsabilité civile (obligatoire) : Nom de l'assureur :

Numéro de police :

CONTACTS FAMILLE

	PARENT 1	PARENT 2
NOM / PRENOM		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone travail		
Mail		

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e)..... autorise mon fils / ma fille.....

A PARTICIPER AUX ACTIVITES JEUNESSE proposées par EVEIL

- à être transporté dans les véhicules du centre Social ou par un transporteur (car, bateau...) selon les activités
- Sur certaines activités, j'autorise mon enfant à être en autonomie avec ses pairs dans un cadre prédéfini par l'animateur (périmètre – horaires - petits groupes – point de ralliement...)
- J'autorise les animateurs à laisser mon enfant quitter seul le lieu de l'activité à la fin de celle-ci.

OUI NON

- J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant

.....
.....

- S'il y a lieu, merci de noter le nom des personnes non autorisées à récupérer votre enfant :

.....
.....

- **J'ai bien pris note que les animateurs ne confieront mon enfant qu'aux personnes inscrites ci-dessus. En cas d'autorisation exceptionnelle, merci de nous en informer par écrit.**

DROIT A L'IMAGE

- J'autorise le centre social à utiliser des photos de mon enfant en activité comme support d'information :

OUI Elles peuvent être diffusées pour : Brochures - Exposition - Presse - Site Internet - Réseaux sociaux

NON

Le centre social décline toute responsabilité en cas de perte, de vol ou de dégradation d'objets personnels. Mon enfant veillera à ne pas apporter d'objets dangereux ou de valeurs.

INFORMATION FOYERS DE JEUNES Sur leurs heures d'ouverture, les foyers fonctionnent en accueil libre, en présence des animateurs jeunesse : les jeunes sont libres d'entrer et sortir du local quand ils le souhaitent, l'animateur est responsable des jeunes présents à l'intérieur du foyer sur les heures d'ouvertures, mais sa responsabilité s'arrête lorsque les jeunes décident de quitter le lieu d'accueil.

Fait à Le :...../...../.....

Signature :