



**FICHE SANITAIRE
ET DE RENSEIGNEMENTS**
SERVICE JEUNESSE (Club 11/13 et 14/17 ans)

NOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____
PRENOM : _____ GARCON FILLE
N° PORTABLE DU JEUNE : _____
Etablissement scolaire : _____
Club 11/13 Espace 14/17

RESPONSABLE DU JEUNE :

NOMPRENOM

ADRESSE

☎ DOMICILE : EMAIL :

☎ PORTABLE DE M : BUREAU :

☎ PORTABLE DE MME : BUREAU :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER LE JEUNE :

(1) NOM : ☎

(2) NOM : ☎

REGIME ALIMENTAIRE

Aucun Sans Viande Sans Porc et/ou PAI

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRE OUI NON AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

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

INDIQUEZ LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, port de lentilles, lunettes, prothèse auditives ou dentaires etc ...) en précisant les dates et les **précautions à prendre.**

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

LE JEUNE A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| RUBEOLE | VARICELLE | ANGINE | SCARLATINE |
| OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| OREILLONS | OTITE | ROUGEOLE | |
| OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | |
| NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | |

VACCINATIONS DU JEUNE

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations, ou joindre copie du carnet de santé)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPEL | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| OU DT Polio | | | | BCG | |
| OU Tétracoq | | | | Autres (préciser) | |

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDIQUATION

Autorisations :

Droit de Sortie : - J'autorise mon enfant à rentrer seul à partir de **16h30 (ou plus tard selon l'horaire de retour de l'activité).**

OUI NON

Si non, les personnes autorisées (cf. page 1), devront venir chercher le jeune, au Club 11/13, entre 16h30 et 18h.

Droit à l'image : - J'autorise la Ville de Magny-les-Hameaux, à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique.

OUI NON

Droit à dégustation : -J'autorise mon enfant, à déguster les préparations faites pendant les ateliers culinaires.

OUI NON

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des activités à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et atteste avoir pris connaissance du règlement.

DATE :

Signature des parents :
(ou des responsables légaux du jeune)