



**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 :**

NOM .....PRENOM .....

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 ?**

<b>RUBEOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINE</b>	<b>SCARLATINE</b>
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"/>
<b>OREILLONS</b>	<b>OTITE</b>	<b>ROUGEOLE</b>	
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	
<b>OU DT Polio</b>				BCG	
<b>OU Tétracoq</b>				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)