

**Le jeune**

Nom :		Prénom :	
Sexe :	Âge :		
Date et lieu de Naissance : Né(e) le		à	
Adresse :			
Code Postal :		Ville :	
Téléphone portable du jeune :			
Adresse E-mail du jeune :		@	

**À faire  
directement au  
local**

**RESPONSABLE LÉGAL DU Jeune**

PÈRE

MÈRE

Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Profession :	
Téléphone domicile :	
Téléphone portable :	
Téléphone travail :	

Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Profession :	
Téléphone domicile :	
Téléphone portable :	
Téléphone travail :	

Adresse E-mail : @

**Couverture sociale**

Nom, Prénom assuré (personne à laquelle le jeune est rattaché) :

N° sécurité sociale :

Caisse de rattachement :

**Caisse d'allocation**

<input type="checkbox"/> CAF	N° Allocataire : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MSA	Quotient Familial : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Autres :	

Ces données nous permettent de calculer le tarif pour votre enfant des activités soumises au quotient familial)

**COTISATION**

Tarif  
annuel  
  
5€

Cette cotisation vous permet d'accéder librement au local jeune pendant les horaires d'ouvertures et aussi de pouvoir participer à l'ensemble des actions mises en place dans ses locaux.

Tout règlement par chèque doit être  
établi à l'ordre du trésor public. Les règlements se feront auprès de Christophe Hour directeur de la maison bleu à valdivienne



# FICHE SANITAIRE

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT EN ACCUEIL DE LOISIRS. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET PEUT VOUS ÊTRE RENDUE A LA FIN DE L'ANNÉE SCOLAIRE SUR DEMANDE.

**2. VACCINATIONS :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination du jeune)

Vaccins obligatoires	oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT Polio				Autres (précisez...)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION, POUR ÊTRE EFFICACE, CETTE VACCINATION NÉCESSITE UN RAPPEL TOUS LES 5 ANS.

**3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE :**

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

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non		

**ALLERGIES :**

ASTHME                      Oui Non                      MÉDICAMENTEUSES    Oui Non

ALIMENTAIRES    Oui Non                      AUTRES .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR**

(si automédication, le signaler)

.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS A PRENDRE**.

.....  
.....

**4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....

**En cas de traitement, précisez lequel. Joindre une copie de l'ordonnance du médecin**

Nom et Adresse du médecin traitant : .....

TÉL. : ...../...../...../.....

Je soussigné, ....., responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Local Jeune à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

**En cas d'urgence, le jeune sera transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille sera avertie le plus rapidement possible par la structure.**

Date : ...../...../.....

Signature des parents ou représentants légaux :

(document remis au service d'urgence en cas d'accident)