

# Fiche de renseignements Accueil Ados Montech

Année 2019-2021

Photo

(Coller ici)

## IDENTITE DU JEUNE :

Garçon

Fille

Nom

Prénom

Courriel

Téléphone

Adresse

Né(e) le

à

## IDENTITE DES PARENTS :

Père (ou tuteur légal)

Mère (ou tuteur légal)

Nom

Nom

Prénom

Prénom

Adresse (uniquement si différente du jeune)

Adresse (uniquement si différente du jeune)

Téléphone

Domicile :

Portable :

Travail :

Téléphone

Domicile :

Portable :

Travail :

Courriel

Courriel

## AUTORITE PARENTALE :

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ? Oui  Non

(En cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie du jugement)

Autre personne de l'autorité parentale

Nom-Prénom :

Adresse :

Tél :

## INFORMATIONS :

|   |   |                                      |   |
|---|---|--------------------------------------|---|
| N° de sécurité sociale<br>Couvrant le jeune : | N° allocataire :<br>CAF :<br>MSA :<br>Autre : | Dernier quotient<br>familial connu : | Assurance responsabilité civile :<br>Nom :<br>N° de contrat :<br>Date d'échéance :<br>N° de téléphone : |
|---|---|--------------------------------------|---|

## DROIT A L'IMAGE :

J'autorise l'équipe d'animation et l'organisateur à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique pour la présentation et l'illustration de nos structures :

Oui

Non

## AUTORISATION DE SORTIE :

Le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale, autorise(nt) :

- Le jeune à quitter seul l'Accueil Ados aux horaires autorisés : Oui
- Les personnes à venir chercher le jeune : Non

|                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| 1 <sup>ère</sup> personne | <input type="text"/> |
| 2 <sup>ème</sup> personne | <input type="text"/> |
| 3 <sup>ème</sup> personne | <input type="text"/> |
| 4 <sup>ème</sup> personne | <input type="text"/> |

|           |                      |
|-----------|----------------------|
| Téléphone | <input type="text"/> |

(Lorsqu'il s'agit d'une tierce personne, cette dernière doit être munie d'une autorisation écrite et signée des parents et présenter une carte d'identité)

*Je soussigné(e), .....responsable légal du jeune  
....., déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et  
en accepter les termes (le règlement intérieur est affiché et disponible dans la structure d'accueil)*

Fait à -----, le ----/----/-----

Signature du (des) responsable(s) légal (aux)  
(Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »)

|        |
|--------|
| Père : |
|--------|

|        |
|--------|
| Mère : |
|--------|

|                           |
|---------------------------|
| Autre responsable légal : |
|---------------------------|



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE 

## 1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune).

| VACCINS OBLIGATOIRES |     |     | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
|                      | oui | non |                            |                            |       |
| Diphtérie            |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| <b>Ou</b> Tétracoq   |     |     |                            |                            |       |
| BCG                  |     |     |                            |                            |       |

SI LE JEUNE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Le jeune suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'Accueil Ados ? Oui  non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

**(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice)**

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

A titre indicatif LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| RUBÉOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | RHUMATISME<br>ARTICULAIRE AIGÜ<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>     | ROUGEOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                      |   |

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non

AUTRES (précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir)

.....  
.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....  
.....

## INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

## 3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE- T-IL DES LUNETTES, DES LENTILLES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

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

## 4 -RESPONSABLE DU JEUNE

NOM ..... PRÉNOM.....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date :

Signature :