

Fiche de renseignements Accueil Ados Montech

Année 2020-2021

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 Couvrant le jeune :	N° allocataire : CAF : MSA : Autre :	Dernier quotient familial connu :	Assurance responsabilité civile : Nom : N° de contrat : Date d'échéance : 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^{ère} personne

Téléphone

2^{ème} personne

Téléphone

3^{ème} personne

Téléphone

4^{ème} personne

Téléphone

(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	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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 DENTAIRE, 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 :