

FICHE DE RENSEIGNEMENT 2019-2020 :
ESPACE JEUNES

Cette fiche doit être accompagnée de la photocopie des vaccinations dans le carnet de santé.

J E U N E

Nom : Prénom :

Né(e) le : / / À :

Sexe : Féminin Masculin

R E S P O N S A B L E S L É G A U X

Responsables légaux :

Situation familiale : Marié(e) ou vie maritale Séparé(e) Célibataire

Père ou responsable légal :

Nom :		Prénom :	
Tél. dom. :	Tél. port. :	Tél. travail :	
Adresse :			

Mère ou responsable légale :

Nom :		Prénom :	
Tél. dom. :	Tél. port. :	Tél. travail :	
Adresse :			

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

J'accepte que mon enfant soit photographié ou filmé lors des activités et que les images soient publiées ou diffusées dans une édition municipale (affiche, guide, magazine ou dépliant) ou lors d'un événement municipal :

oui non

AUTORISATION SORTIES

J'autorise l'équipe d'animation à transporter mon enfant (véhicule ou transport en commun) dans le cadre des sorties organisées par le Service Jeunesse, en dehors des locaux de la structure :

oui non

**FICHE SANITAIRE 2019-2020 :
ESPACE JEUNES**

V A C C I N A T I O N S

Copie de la partie « vaccinations » du carnet de santé : oui

R E N S E I G N E M E N T S M E D I C A U X

Numéro de sécurité sociale :

L'enfant suit-il un traitement médical permanent ? oui non

Si oui, prendre contact avec le responsable du centre.

L'enfant souffre-t-il d'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)

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

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE 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 AIGÛ 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"/>	

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises

convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre) :

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

Recommandations utiles des parents : votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ... Précisez,

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

Tél. de la personne à contacter en cas d'urgence :

Nom et tél. du médecin traitant :

ASSURANCES

La ville d'Auvers-sur-Oise informe les familles qu'il est fortement recommandé de souscrire une assurance de responsabilité civile et une assurance individuelle accidents corporels, extra-scolaires, pour le(s) jeune (s) fréquentant l'espace.

Je soussigné(e),

Responsable légal(e) du jeune

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à remplir une nouvelle fiche de renseignement à l'Espace Jeunes, pour toute modification, en cours d'année, des informations fournies sur cette fiche,

- autorise la responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune)

Fait à le

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

