



Une feuille par enfant

À compléter à l'encre noire

Quotient familial	
Régime sécurité sociale	

1 - JEUNE

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : GARCON FILLE

Pays de naissance : Département et Commune de naissance

Portable du jeune :

Etablissement scolaire fréquenté :

Lieu de ramassage : Bellegrave Brivazac Cap de Bos Cazalet Magonty Monteil Toctoucau

Quartier d'habitation : Alouette Bourg Châtaigneraie Chiquet Echoppes Madran

Monbalon Noës Pontet Saige Sardine Verthamon/Haut-Brion

2 - RESPONSABLES DE L'ENFANT :

NOM : NOM :

PRENOM : PRENOM :

ADRESSE : ADRESSE :

Tél. domicile : Tél. domicile :

Tél. Portable : Tél. Portable :

Courriel : Courriel :

Adresse employeur : Adresse employeur :

Code postal : Code postal :

Tél. employeur : Tél. employeur :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (Facultatif) :

NOMS ET N° DE TELEPHONE DES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM : n°de tel :

NOM : n°de tel :

3 - AUTORISATIONS

J'autorise la ville de Pessac à utiliser l'image de mon enfant, au travers de photos ou de reportages filmés pris au cours de leurs activités, pour toute campagne de communication, expositions de photos ou pour toute diffusion sur une chaîne de télévision. oui non



4 - VACCINATION OBLIGATOIRE (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune)			
Vaccin obligatoire	oui	non	Date des derniers rappels
DT Polio			

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT 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 aigu 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 Médicamenteuses oui non
Alimentaires oui non Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....

Précisez le régime alimentaire pour les séjours :

.....

Le jeune suit-il un **traitement médical spécifique** pendant le séjour (allergie, pathologie particulière...) ? 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**).

5 - INDIQUEZ CI-APRÈS
Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les précautions à prendre

.....

6 - ASSURANCE INDIVIDUELLE DU JEUNE
Est-il assuré pour les activités extra scolaires ? oui non
Si la réponse est négative, il est rappelé qu'une assurance responsabilité civile est obligatoire pour l'admission de l'enfant aux activités périscolaires.

7 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
Porte-t-il des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc

.....

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

Date.....

Signature(s)

