



ANIMATION JEUNESSE Bugallière

Fiche sanitaire 2023 /2024

N° Allocataire CAF :
 MONTANT QUOTIENT :
 (Fournir l'attestation CAF si possible)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE-LA JEUNE / 11 et +

NOM : PRÉNOM :
 Age : Date de naissance :/...../.....
 Adresse :
 Code postal : Commune :
 Tél. portable (du jeune) : Mail (du jeune) :@.....
 Etablissement scolaire fréquenté : Classe :

VACCINATIONS

- Fournir la copie de la page des vaccinations du carnet de santé (11 vaccins obligatoires*)
La copie peut être faite au Centre socioculturel lors de l'inscription
 * Si le-la jeune n'a pas les vaccins obligatoires : joindre un certificat médical de contre indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE-LA JEUNE :

- L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE OUI NON	VARICELLE OUI NON	ANGINES OUI NON	RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGUS OUI NON	SCARLATINE OUI NON
COQUELUCH E OUI NON	OTITES OUI NON	ROUGEOLE OUI NON	OREILLONS OUI NON	

- ALLERGIES

ASTHME OUI NON	ALIMENTAIRES OUI NON	MÉDICAMENTEUSE OUI NON	AUTRES (Préciser)
--------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------

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

.....

- MON ENFANT BENEFICIE DE L'AAEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé)

- OUI
- NON

Indiquer ici les autres difficultés (PAI, AEEH, trouble du comportement, maladie, crise convulsive, hospitalisation, rééducation) et les précautions à prendre :

.....

Recommandations utiles des parents pour un meilleur accueil de votre enfant :

.....

En cas d'accident, prévenir (nom, adresse et téléphone) :

.....

Avez-vous un établissement-clinique-CHU dans lequel vous tenez que votre enfant soit conduit ?

.....

RESPONSABLE LÉGAL.E DU .DE LA JEUNE :

NOM :
Tél :
Tél portable :

PRÉNOM :
Tél travail :
Mail :@.....

NOM :
Tél :
Tél portable :

PRÉNOM :
Tél travail :
Mail :@.....

DÉCLARATION DU RESPONSABLE LÉGAL :

Je soussigné-e :
Responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

AUTORISATION PARENTALE (Rayez les mentions si vous n'êtes pas d'accord)

Autorise l'animateur·trice :

- à **prendre, le cas échéant, toutes les mesures** (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie générale) **rendues nécessaires par l'état de mon enfant** (déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire)
- à **filmer, à photographier** librement mon enfant dans le cadre des activités (documents qui peuvent être diffusés sur le site internet de l'association, les réseaux sociaux, presse, plaquettes de communication)
- à **administrer les éventuelles médications prescrites** par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.

Autorise mon enfant :

- à **participer aux animations encadrées par les animateur·trice·s jeunesse pendant l'année** (2023-2024)
- à **se déplacer dans les véhicules du centre socioculturel** dans le cadre des animations jeunesse
- à **rentrer seul·e après les activités (en journée)**

Si vous n'acceptez pas une de ces conditions, merci de le signaler auprès de l'équipe jeunesse

FAIT À :

LE :

SIGNATURE

Centre Socioculturel Associatif de la Bugallière
10 rue du pont marchand 44700 ORVAULT – 02 40 63 44 45
jeunesse@cscbugalliere.fr – 07 68 66 12 21

