



ESPACE JEUNES DU THORONET
ANNEE 2016/2017
Fiche individuelle et confidentielle,
de renseignements administratifs et sanitaires



Renseignements concernant le jeune :

NOM : PRENOM : Sexe : M F

Date de naissance : Age :ans

☎ portable du jeune : Adresse mail du jeune :

Etablissement Scolaire : Classe :

Observations pouvant permettre de mieux comprendre le comportement de votre enfant :

Responsable légal du jeune

(cocher la ou les case(s) lorsqu'il s'agit du ou des responsable(s) légal (aux) du jeune inscrit)

PERE TUTEUR MERE TUTRICE

NOM : Prénom : NOM : Prénom :

Adresse:..... Adresse :

Code Postal : Ville : Code Postal : Ville :

Profession : Profession :

☎ Domicile : ☎ Domicile :

☎ Travail : ☎ Travail :

☎ Portable : ☎ Portable :

Adresse email : Adresse email :

Renseignements Administratifs complémentaires

SITUATION PARENTALE : Mariés Séparés Divorcés Pacsés Union Libre Veuf (ve)
 Célibataire

Qui a la garde du jeune : Le père La mère Autre :

(Joindre la copie du jugement statuant sur la garde du jeune)

Si un des parents n'est pas autorisé à récupérer l'enfant, il est impératif de joindre une pièce justificative légale.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE :

(1) rayer les mentions inutiles

1 - A-t-il eu les maladies suivantes (1) :

VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE	OTITES	ROUGEOLE	OREILLONS	RUBEOLE	ASTHME
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON

2 - A-t-il déjà présenté des allergies (1) :

ALIMENTAIRE	MEDICAMENTEUSE	ASTHME	AUTRE
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON

Si oui précisez la cause de l'allergie, les conséquences possibles (asthme, urticaire, œdème de Quincke, boutons, eczéma...) et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....



ESPACE JEUNES DU THORONET
ANNEE 2016/2017
Fiche individuelle et confidentielle,
de renseignements administratifs et sanitaires



3 - A-t-il eu d'autres difficultés de santé : maladie, accident.... (les indiquer en précisant les dates)

.....

Précautions à prendre : Par rapport aux difficultés de santé signalées (régime alimentaire spécifique par exemple)

.....

4 - Un P.A.I. a-t-il été mis en place pour la scolarité : Oui - Non (1) Si oui fournir la copie. (2)
(2) En centres de vacances et de loisirs, l'accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé doit se faire, lorsqu'il est possible, conformément aux prescriptions de l'encart N°34 du B.O du Ministère de la jeunesse et de l'Education du 18 Septembre 2003. Celui-ci en prévoit toutes les modalités. L'ODEL-VAR les tient à disposition des intéressés pour les accompagner dans la mise en œuvre réciproque de celles-ci.

5 - AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (port de lunettes, prothèse dentaire...)

.....

6 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de jeune). Vous pouvez également joindre les photocopies des pages concernées.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole / Oreillons / Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres préciser :	
Ou Tétracoq					
BCG					

Joindre un certificat de contre indication du vaccin dan le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

7 - L'ENFANT DOIT-IL SUIVRE UN TRAITEMENT A L'ESPACE JEUNES : Oui - Non (1)

Si oui, lequel :

Dans ce cas, il est impératif de joindre l'ordonnance valide en vigueur et les médicaments correspondants : boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice, ainsi qu'au besoin, une lettre explicative signée et datée.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

CERTIFICAT MEDICAL :

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné le ou la jeune :
 Il ou elle ne présente aucun signe contre-indiquant la pratique des activités sportives. Il ou elle ne présente aucun signe de maladie contagieuse. Il ou elle a satisfait aux obligations fixées par la législation relative aux vaccinations. Il ou elle est apte à fréquenter un centre de loisirs collectif.
 Observations éventuelles

.....

Cachet ou Nom, adresse du Médecin
Date et signature :



ESPACE JEUNES DU THORONET
ANNEE 2016/2017
Fiche individuelle et confidentielle,
de renseignements administratifs et sanitaires



Documents à fournir dûment complétés (Impérativement le Jour du dépôt de Dossier)

	La présente fiche dûment renseignée, datée et signée
	Photocopie de l'attestation d'Assurance Maladie
	Le certificat médical rempli par votre médecin traitant (sur dossier)
	Attestation d'Assurance Responsabilité Civile et Individuelle Accident de l'année en cours
	Règlement intérieur daté et signé

Autorisation Parentale Obligatoire

Je soussigné(e), Responsable Légal du jeune,reconnais avoir rempli la présente fiche et certifie exact les renseignements fournis, autorise :

- mon enfant à participer à toutes les activités du centre,
- le directeur du centre à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence et notamment à faire pratiquer toute intervention chirurgicale ou anesthésie décidée par un Médecin.
- Je m'engage à informer par écrit l'Espace Jeunes de toute modification qui surviendrait en cours d'année.
- expressément et sans contrepartie l'ODEL-VAR à prendre ou faire prendre des photos de mon enfant au cours des activités organisées dans le cadre du centre de loisirs ; et à les utiliser sur tout support de communication.
- Je déclare avoir pris connaissance du projet éducatif de l'ODEL, des conditions de réalisation (spécifiques pour chaque séjour), du Règlement Intérieur de l'Espace Jeunes.

A..... le/...../.....

« Lu et Approuvé » (mention manuscrite)
Signature **obligatoire** du responsable légal de l'enfant

La Loi 78-17 du 5 Janvier 1978 relative à l'informatique des fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire.
Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.