



**FICHE SANITAIRE
ET DE RENSEIGNEMENTS
SERVICE JEUNESSE (Club 11/13 et 14/17 ans)**

NOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

PRENOM : _____ GARCON FILLE

N° PORTABLE DU JEUNE : _____

Etablissement scolaire : _____

Club 11/13

Espace 14/17

RESPONSABLE DU JEUNE :

NOM PRENOM

ADRESSE

DOMICILE : EMAIL :

PORTABLE DE M : BUREAU :

PORTABLE DE MME : BUREAU :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER LE JEUNE :

(1) NOM : ☎

(2) NOM : ☎

REGIME ALIMENTAIRE

Aucun Sans Viande Sans Porc et/ou PAI

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRE OUI NON AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

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

INDIQUEZ LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, port de lentilles, lunettes, prothèse auditives ou dentaires etc ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

LE JEUNE A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
OREILLONS	OTITE	ROUGEOLE	
OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

VACCINATIONS DU JEUNE

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations, ou joindre copie du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphhtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT Polio				BCG	
OU Tétracoq				Autres (préciser)	

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Autorisations :

Droit de Sortie : - J'autorise mon enfant à rentrer seul à partir de **16h30 (ou plus tard selon l'horaire de retour de l'activité)**.

OUI **NON**

Si non, les personnes autorisées (cf. page 1), devront venir chercher le jeune, au Club 11/13, entre 16h30 et 18h.

Droit à l'image : - J'autorise la Ville de Magny-les-Hameaux, à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique.

OUI **NON**

Droit à dégustation : -J'autorise mon enfant, à déguster les préparations faites pendant les ateliers culinaires.

OUI **NON**

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des activités à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et atteste avoir pris connaissance du règlement.

DATE :

Signature des parents :
(ou des responsables légaux du jeune)