

FICHE SANITAIRE POUR LES 14-17 ANS

Maison des jeunes et des loisirs 13 rue de la Salle des Fêtes • 45750 Saint-Pryvé Saint-Mesmin 02 38 56 06 44 • 06 25 83 35 45

Nom du jeune	Prénom
Date de naissance//	
Sexe: F M	
Etablissement scolaire fréquenté	
Veuillez préciser si les parents sont divorcés ou séparés	: □ oui □ non
Si oui, chez qui réside le jeune ? 🔲 père 🔲 mère 🗀	autre
PERE	MERE
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Adresse	Adresse
Code postal	Code postal
Ville	Ville
Tél. travail	Tél. travail
Tél. domicile	Tél. domicile
Portable	Portable
Mail	Mail
Profession	Profession
Nom et adresse de l'employeur	Nom et adresse de l'employeur
Nombre d'enfants à charge	
N° d'allocataire à la C.A.F. du Loiret	

I. FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du jeune ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

Article 1: vaccinations

Veuillez fournir la photocopie des pages concernant les vaccinations dans le carnet de santé du jeune.

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre- indication.

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

<u>Article 2</u> : renseignements médicaux concernant le jeune						
Le jeune suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 🔲 oui 🔲 non						
			les médicaments correspondants ('enfant avec la notice)	(boites de	e médicaments, dans leur	
Aucun médica	ament n	e pourra être p	ris sans ordonnance.			
Le jeune a-t-il dé	éjà eu les	maladies suivante	es?			
• Rubéole	oui oui	non	• Varicelle	oui oui	non	
• Angine(s)	oui oui	non	• Rhumatisme articulaire aigu	oui oui	non	
• Scarlatine	oui oui	non	• Coqueluche	oui oui	non	
• Otite(s)	oui oui	non	• Rougeole	oui oui	non	
• Oreillon(s)	oui oui	non				
Le jeune a-t-il déjà eu les allergies suivantes ?						
• Asthme	oui oui	non	• Médicamenteuses	oui oui	non	
• Alimentaires	oui oui	non	• Autres			
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)						

Indiquez ci-après :	
Les difficultés de santé (maladie, accident, crises précisant les dates et les précautions à prendre .	convulsives, hospitalisations, opération, rééducation) en
Article 3: recommandations utiles des parents	
Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des	prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.
Article 4 : responsable du jeune	
	responsable légal du jeune, déclare exacts
	e le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes ntion chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.
Date:	Signature :
Article 5 : autres personnes à prévenir en cas d'urgen	се
Nom	. Prénom
Tél.	
Nom	. Prénom
-4	

Article 6: autorisation de sorties

afin que toutes ces activités se déroulent en toute sécurité nous vous demandons de bien vouloir remplir cette autorisation de sortie permanente pour l'année. Nous vous rappelons que sans cette autorisation signée votre enfant ne pourra pas sortir avec la MJL.

Je soussigné(e) M™, M.

□ accepte que mon enfant participe à toutes les activités physiques, sportives et/ou de pleine nature et sorties proposées par la MJL.

□ n'accepte pas que mon enfant participe à l'activité suivante :

Activité

Motif (si médical, fournir un certificat) :

Signature :

Le jeune sait-il nager ? □ oui □ non

La MJL organise durant l'année des sorties (bowling, cinéma, ...) et des activités diverses (foot, basket, piscine...);

Je soussigné(e),	responsable légal de
l'enfant	, autorise la MJL à prendre et à diffuser des
photographies de mon enfant par affichage ou sur	des publications municipales.
Date:	Signature :