FICHE de RENSEIGNEMENTS
2021 - Jeunesse 12/17 ans

- ❒ Assurance
- ❒ Vaccins
- ❒ Règlement Intérieur
- ❒ Quotient familial

▶ LE JEUNE

☐ fille ☐ garçon

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Tél :

Mail @ :

▶ ASSISTANTS FAMILIAUX

NOM /Prénom :

Mail @ :

Adresse :
CP/ Ville :

Téléphone :

☐ PERE ☐ MERE ☐ AUTRE.....

Nom/prénom

Mail @ :

Adresse
CP/Ville:

Profession/
Employeur
Lieu de travail

Tél. mobile :

Tél. travail :

☐ PERE ☐ MERE ☐ AUTRE.....

Nom/prénom

Mail @ :

Adresse
CP/Ville :

Profession /
Employeur
Lieu de travail

Tél. mobile:

Tél. travail :

▶ **Adresse de facturation (si différente):** .....

.....

▶ MEDICAUX

Nom du médecin :

Téléphone :

Recommandations :

▶ REGIME ALLOCATAIRE

Nom de l'allocataire :

CAF, MSA, Autres :

Numéro allocataire :

▶ N° sécurité sociale

▶ ASSURANCE Nom de la compagnie

▶ INSCRIPTION SCOLAIRE

Etablissement

Ville

▶ MERCREDIS / PERIODES SCOLAIRES/ VACANCES

Autorisation de sortir librement, ☐ oui ☐ non

de l'accueil jeunes ou de l'ALSH ados

▶ PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (autres que les parents ou responsables légaux)

Nom - Prénom	Lien de parenté	Domiciliation	Mobile

▶ **Date et signature du ou des Responsable(s) :**

CCBDC - SECTEUR JEUNESSE

DROIT A L'IMAGE/AUTORISATIONS /FICHE SANITAIRE DE LIAISON - 2021

NOM :.....Prénom:…… fille ❒ garçon ❒

DROIT A L'IMAGE / RESEAUX SOCIAUX :

J'autorise ❒ **Je n'autorise pas** ❒
L'utilisation de mon image et/ou celle de mon enfant, dans le cadre des moyens de communication, pour une diffusion publique, bulletin communautaire, presse écrite, réseaux sociaux, sites internet, en sachant que l'utilisation qui pourra en être faite ne portera en aucun cas atteinte à l'intégrité de la personne.

AUTORISATIONS : HOSPITALISATION/ TRANSPORT/DEPART DE L'ENFANT

Je, soussigné(e), Monsieur ou /et Madame :……

Agissant en qualité de : ❒ **Père –** ❒ **Mère –** ❒ **Tuteur**

❒ **Autorise** ❒ **N'autorise pas**, le responsable, en cas de maladie ou d'accident de l'enfant à prendre sur avis médical toutes les mesures d'urgence tant médicales, que chirurgicales y compris l'anesthésie.

❒ **Autorise le transport en car ou en minibus** de l'enfant dans le cadre des sorties organisées par les structures

SANTE /VACCINATION : joindre les photocopies des vaccins

Est-il suivi pour/Préciser :	L'enfant a-t-il déjà eu :		Est-t-il fréquemment sujet à :
❒ Allergies : ❒ Asthme ❒ Diabète ❒ Rhumatismes ❒ Autres :	❒ Oreillons ❒ Varicelle ❒ Coqueluche ❒ Rubéole	❒ Rougeole ❒ Scarlatine ❒ Convulsions ❒ Autres :……... ……	❒ Angine ❒ Otite ❒ Bronchite ❒ Rhino-pharyngite ❒ Autres :

- A-t-il un protocole ? ❒ OUI ❒ NON *(Si oui, merci de **fournir le protocole**)*
- A-t-il un traitement ? ❒ OUI ❒ NON
- Devra-t-il suivre ce traitement ou un autre durant une sortie ou un séjour **?** ❒ OUI ❒NON
  Dans ce cas, fournir les médicaments et l'ordonnance au responsable, au départ, dans un sac fermé avec le nom de l'enfant.

Vaccins à jour : ❒ OUI ❒ NON *Si l'enfant a des contre-indications à l'une des vaccinations, fournir un certificat médical*

Le jeune porte-t-il ?
- Des lunettes : ❒ OUI ❒ NON Quand doit-il les porter ? ……
- Un appareil ou une prothèse dentaire : ❒ OUI ❒ NON
- Des appareils auditifs ❒ OUI ❒ NON
- Autres :……

Le jeune suit-il un régime alimentaire : ❒ OUI ❒ NON Si oui, lequel ? ……

A-t-il eu une opération chirurgicale récente ? ❒ OUI ❒ NON Si oui, laquelle :…….. Date :……/……/…….
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? ❒ OUI ❒ NON

Recommandations supplémentaires (soucis d'énurésie, d'encoprésie, terreurs nocturnes, angoisses…..n'hésitez pas à mentionner tous les éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à votre enfant) :
……
……
Le jeune a –t-il un suivi éducatif (éducateur…) ? ❒ OUI Si oui, souhaitez-vous communiquer les coordonnées de la personne :
Nom/Prénom/Téléphone/Organisme :……
……