

FICHE de RENSEIGNEMENTS 2023- Mini-camp Jeunesse

☐ 12/14 ans « TROT'ATTITUDE » ☐ 15/17 ans « HAVRE D'EXPERIENCES »

► 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

► 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) :

DROIT A L'IMAGE/AUTORISATIONS /FICHE SANITAIRE DE LIAISON - 2023

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, l'équipe de direction, en cas de maladie ou d'accident de l'enfant à prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires.

☐ Autorise le transport en car et/ou en minibus

☐ Autorise l'enfant, à rentrer seul(e)

SANTE /VACCINATION : joindre les photocopies des vaccins

Est-il suivi pour (préciser) : ☐ Allergies : ☐ Asthme ☐ Diabète ☐ Rhumatismes ☐ Autres :	L'enfant a-t-il déjà eu : ☐ Oreillons ☐ Varicelle ☐ Coqueluche ☐ Rubéole	☐ Rougeole ☐ Scarlatine ☐ Convulsions ☐ Autres :	Est-t-il fréquemment sujet à : ☐ 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 ?

Le jeune bénéficie-t-il de l'AEEH ☐ OUI

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 :
.....
.....

Signature en 1^{ère} page