

Fiche de Renseignements Espace Jeunesse

JEUNE

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse complète :

.....
.....

Tél. du Jeune : __ / __ / __ / __ / __ Tél. Domicile : __ / __ / __ / __ / __

Mail du jeune : @

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Père :

Profession et nom de l'employeur :

Tél Bureau : __ / __ / __ / __ / __ Tél Portable : __ / __ / __ / __ / __

Mail : @

Mère :

Profession et nom de l'employeur :

Tél Bureau : __ / __ / __ / __ / __ Tél Portable : __ / __ / __ / __ / __

Mail : @

Régime : CAF MSA ou Autres..... N°

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (SI ABSENT)

Nom :

Adresse :

Téléphone : __ / __ / __ / __ / __

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

- A-t-il un traitement médical ? Oui Non Lequel ? (joindre ordonnance)

.....

- A-t-il un P.A.I ? Oui (Documents obligatoires) Non

.....

- A-t-il des allergies, de l'asthme ?

MEDICAMENTEUSES Oui Non ALIMENTAIRES Oui Non

AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

.....

ASTHME Oui Non

- A-t-il eu des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opération,...) ?
Précautions à prendre :

.....

.....

- Porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... ? Oui Non

- Vaccinations: • BCG (date): __/__/____ •DTCP (date): __/__/____

(joindre obligatoirement la photocopie des vaccins)

Sécurité Sociale (joindre obligatoirement l'attestation)

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je, soussigné (e), père, mère, responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur la fiche de renseignements et la fiche sanitaire et autorise le responsable de la structure, en cas d'urgence, à contacter les services de secours (médecin, pompiers, SAMU)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification intervenant au cours de l'année.

A, le.....