



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## ANNEE SCOLAIRE 2018-2019



Au cours de son année scolaire, chaque jeune peut avoir besoin de soins médicaux d'urgence ou d'un transport à l'hôpital.

Pour nous permettre d'agir efficacement, nous vous remercions de bien vouloir compléter les informations ci-dessous.

**Sans cette formalité, la fréquentation au Cap Jeunes sera compromise.**

**LE JEUNE:**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

CLASSE : \_\_\_\_\_ ETABLISSEMENT: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ EMAIL : \_\_\_\_\_

<b><u>PERE :</u></b>	<b><u>MERE :</u></b>
<input type="checkbox"/> Responsable légal du jeune	<input type="checkbox"/> Responsable légal du jeune
NOM PRENOM : _____	NOM PRENOM : _____
EMAIL : _____	EMAIL : _____
TEL PORTABLE : _____	TEL PORTABLE: _____
TEL DOMICILE : _____	TEL DOMICILE: _____
TEL BUREAU : _____	TEL BUREAU : _____
EMPLOYEUR : _____	EMPLOYEUR : _____

**PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER VOTRE ENFANT ET/OU A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

NOM PRENOM : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_ NOM PRENOM : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_

NOM PRENOM : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_ NOM PRENOM : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS :**

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : \_\_\_\_\_

MUTUELLE : OUI  NON  NOM : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_

ASSURANCE Extra-scolaire ou individuelle accident : \_\_\_\_\_ N° de contrat : \_\_\_\_\_

*(Joindre une copie de l'attestation d'assurance)*

**AUTORISATIONS DIVERSES :**

J'autorise le directeur du Cap Jeunes à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou service d'urgence et m'engage à payer les frais médicaux.

J'autorise la mairie de Santeny à prendre mon enfant en photos et vidéos (dans le cadre des activités liées au Cap Jeunes) et autorise également la publication et la diffusion de ces contenus (bulletin municipal, sites internet).

J'autorise le Cap Jeunes à diffuser les photos et vidéos de mon enfant sur sa page Facebook.

J'autorise mon enfant à emprunter les différents transports (bus, minibus de la commune ...).

J'autorise mon enfant à être **en autonomie** pendant certaines sorties (ex : parc de loisirs, cinéma).

J'autorise mon enfant à **quitter seul** le Cap Jeunes.

J'autorise mon enfant à être **en autonomie à l'extérieur** dans le parc de Montanglos.

**J'atteste avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur du CAP JEUNES.**

Date : \_\_\_\_\_

Signature de la personne titulaire  
de l'autorité parentale :





LE JEUNE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
GARÇON  FILLE

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations). **Pas de photocopie.**

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? oui  non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées à son nom avec la notice**). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

A titre indicatif : LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES .....

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

.....  
.....

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION)  
EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**

3 - INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement).

LE JEUNE PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom du jeune

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom du jeune

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom du jeune

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ? oui  non

4 - RESPONSABLE DU JEUNE

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. PORTABLE : ..... DOMICILE..... BUREAU.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

LE JEUNE BENEFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S A 100%

(Fournir les attestations CMU et prise en charge S.S)

Je soussigné(e), .....responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_