



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## ANNEE SCOLAIRE 2017-2018

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 : \_\_\_\_\_

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

**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 pour une utilisation communale.

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 ...).

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives.

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées.

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

J'autorise mon enfant à quitter **seul** le centre.

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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
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 MÉDICAUX 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  MÉDICAMENTEUSES 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 COMPLÉMENTAIRES (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 RÉGLÉE ? oui  non

4 - RESPONSABLE DU JEUNE

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

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

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

LE JEUNE BÉNÉFICIE-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 : \_\_\_\_\_