

FICHE DE RENSEIGNEMENT

<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Date et lieu de Naissance :</p> <p>N° de Portable</p> <p>Situation : <input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> sans activité</p> <p>N° de sécurité sociale du jeune ou de son tuteur:(préciser)</p> <p>.....</p> <p>Responsable du jeune</p> <p><input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur</p>		<p align="center">DECLARATION DU CHEF DE FAMILLE</p> <p>Je soussigné(e)</p> <p>Responsable du jeune.....</p> <p>Autorise l'équipe du Point Information Jeunesse :</p> <p>* A faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions du médecin Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>* Autorise mon enfant à aller et venir librement au PIJ. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>* Autorise le personnel du PIJ à utiliser les photos de mon enfant prises lors des sorties et/ou séjours. (journaux, réseaux sociaux..) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>* Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par le PIJ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>* Je m'engage à payer la part des frais de séjours incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle. Je m'engage à dégager la responsabilité des agents pour toute perte au vol d'objet appartenant à mon enfant.</p> <p>Fait à le</p> <p>Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »</p>
<p align="center">Père</p> <p><u>Téléphones :</u></p> <p>Domicile :</p> <p>Portable :</p> <p>Mail :</p> <p>.....</p> <p>Activité :</p> <p>.....</p> <p>N° Allocataire :</p> <p>CAF :</p> <p>MSA :</p>	<p align="center">Mère</p> <p><u>Téléphones :</u></p> <p>Domicile :</p> <p>Portable :</p> <p>Mail :</p> <p>.....</p> <p>Activité :</p> <p>.....</p> <p>N° Allocataire :</p> <p>CAF :</p> <p>MSA :</p>	



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

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

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

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

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

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

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES