

Nom /prénom du jeune :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : ☐ M ☐ F

Nationalité :

Collège fréquenté :

Adresse :

N° de Tél du jeune :

Nom/prénom de la mère :

.....

Date de naissance :/...../.....

Adresse (si différente de l'enfant):

Tel domicile :

Tel pro. :

Portable :

Mail :

Profession :

Nom/prénom du père :

.....

Date de naissance :/...../.....

Adresse (si différente de l'enfant):

Tel domicile :

Tel pro. :

Portable :

Mail :

Profession :

Régime Allocataire : ☐ CAF ☐ MSA

N° allocataire CAF ou MSA :

Nom de l'allocataire :

Q.F. :

Important : sans informations relatives au calcul du QF, nous nous verrons dans l'obligation d'appliquer le tarif maximum.

En cas de garde alternée, merci de nous indiquer le rythme de garde :

Nom et téléphone de(s) personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant :

-
-

Personne(s) non autorisée(s) à venir chercher l'enfant :

-

J'autorise mon enfant à repartir seul de l'ACS

- ☐ Oui
☐ Non

En cas de garde exclusive, merci de nous préciser le nom du parent responsable de la garde :

PHOTOS ET VIDEOS : J'autorise mon enfant à être pris en photos ou vidéos pour une diffusion :

- ☐ Dans la structure et ou dans les documents de communication de la structure (plaquette, flyer, etc...)
- ☐ Dans les journaux locaux
- ☐ Sur le site internet de l'ACS et de la fédération Départementale des CSC

Je, (nous) soussigné(s).....

Responsable(s) légal (e)(aux) du jeune, certifie (ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Date et signature(s) :

FICHE SANITAIRE

MEDECIN TRAITANT

Nom : Prénom.....

Adresse.....

N° de téléphone.....

NOM ET ADRESSE DU CENTRE DE SECURITE SOCIALE :

N°SECURITE SOCIALE:

VACCINATIONS OBLIGATOIRES (joindre une photocopie des vaccinations)

Diphtérie-Tétanos- Poliomyélite à jour : oui ☐ non ☐

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 et la posologie, et l'accord des responsables légaux)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin

P.A.I. existant : oui ☐ non ☐ (si oui, fournir une copie avec le protocole d'urgence et la trousse médicale)

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

Rubéole oui ☐ non ☐	Varicelle Oui ☐ non ☐	Angine Oui ☐ non ☐	Scarlatine Oui ☐ non ☐	Otite Oui ☐ non ☐
Coqueluche Oui ☐ non ☐	Rougeole Oui ☐ non ☐	Oreillons Oui ☐ non ☐	Rhumatisme Articulaire Aigü Oui ☐ non ☐	

ALLERGIES :

ASTHME oui ☐ non ☐

MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Recommandations utiles des parents

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives

Je soussigné(e),..... responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : SIGNATURE :