



Fiche jeune

Identité

Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille

① Portable du jeune :

Nom :

Prénom :

Date naiss. :

Ville de naiss. :

Responsable légal

Nom :

Prénom :

Adresse :

① Domicile :

① Portable :

① Travail :

Médecin traitant

Nom :

Ville :

Vaccinations

	Oui	Non	Date du dernier rappel
Diphtérie* :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos* :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite* :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DT Polio* :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétracoq* :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Oui	Non	Date du dernier rappel
B.C.G. :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hépatite B :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
R.O.R. :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coqueluche :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (préciser) :			

Vous devez joindre une copie des pages Vaccinations du carnet de santé en plus de remplir ce tableau. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (*) vous devez joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Maladies

Le jeune suit actuellement un traitement médical : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, vous devez 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.

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu
<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Autres :		

Difficultés de santé

Le jeune est-il allergique ? ☐ Asthme ☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuse ☐ Autres :

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

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) du jeune en précisant les dates et les éventuelles précautions à prendre :

Le jeune bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) : ☐ Oui ☐ Non

Recommandations utiles

Précisez les autres informations que vous jugez utiles de transmettre au sujet du jeune : Vous pouvez par exemple signaler s'il porte des lunettes ou des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, etc...

Autorisation

Je soussigné(e) , Responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsable de la structure ou du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état du jeune.

Associations Accueils de loisirs Le Ravillon et Les Pandas

*Associations Loi 1901
agrées DDSC Accueil Jeunes*

17, rue des Blues – Aillant sur Tholon
89113 Montholon
Email : poleados.aillant@gmail.com

Signature

☒ Lu et approuvé

Fait à

Le

Signature du
responsable
légal