



# Fiche de renseignement

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Date et lieu de naissance : .....

N° de Portable : .....

Situation :  scolaire  apprenti  employé  sans activité

N° de sécurité sociale du jeune ou de son tuteur: (préciser)

.....

.....

Père : .....

.....

Téléphones : .....

Domicile : .....

Portable : .....

Mail : .....

.....

Activité : .....

.....

N° Allocataire : .....

CAF : .....

MSA : .....

Mère : .....

.....

Téléphones : .....

Domicile : .....

Portable : .....

Mail : .....

.....

Activité : .....

.....

N° Allocataire : .....

CAF : .....

MSA : .....

**DECLARATION DU CHEF DE FAMILLE**

Je soussigné .....  
Responsable du jeune .....

**Autorise l'équipe du Point Information Jeunesse :**

- A faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions du médecin.      Oui Non
- Autorise mon enfant à aller et venir librement au PIJ.      Oui Non
- Autorise le personnel du PIJ à utiliser les photos de mon enfant prises lors des sorties et/ou séjours. (Journaux, réseaux sociaux ; Instagram et Facebook...)      Oui Non
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par le PIJ      Oui Non
- Autorise le jeune à rentrer seul à partir du PIJ ou des arrêts de bus desservis lors du transport effectué par le service jeunesse.      Oui Non

Je m'engage à payer la part des frais d'activité ou 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.

Fait à ..... le .....  
Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.**

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				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 ?

<b>RUBÉOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**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 ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

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

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

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

---

---

---

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---

---



## Documents à fournir

- Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive. 
- Assurance extra-scolaire. 
- Attestation CAF "quotient familiale". 
- Test de nage "Obligatoire pour les activités aquatiques". 
- Justificatif de domicile. 
- Photocopie des vaccinations "carnet de santé". 
- Un chèque d'adhésion de 8 euros. 
- Une photo d'identité. 

**Ces documents sont à remettre avec la fiche sanitaire et la fiche de renseignement, tout dossier incomplet sera refusé.**

