



***FICHE SANITAIRE ET DE
RENSEIGNEMENTS
SERVICE JEUNESSE***

NOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

PRENOM : _____ GARCON ☐ FILLE ☐

N° PORTABLE DU JEUNE : _____

Etablissement scolaire : _____

RESPONSABLE DU JEUNE :

NOMPRENOM

ADRESSE

☎ DOMICILE : EMAIL :

☎ PORTABLE DE M : BUREAU :

☎ PORTABLE DE MME : BUREAU :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER LE JEUNE :

(1) NOM : ☎

(2) NOM : ☎

REGIME ALIMENTAIRE

Aucun ☐ Sans Viande ☐ Sans Porc ☐ et/ou PAI ☐

ALLERGIES : ASTHME OUI ☐ NON ☐ MEDICAMENTEUSES OUI ☐ NON ☐
ALIMENTAIRE OUI ☐ NON ☐ AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....
.....
.....

INDIQUEZ LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, port de lentilles, lunettes, prothèse auditives ou dentaires etc ...) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....
.....
.....

LE JEUNE A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE ☐ OUI ☐ NON	VARICELLE ☐ OUI ☐ NON	ANGINE ☐ OUI ☐ NON	SCARLATINE ☐ OUI ☐ NON
OREILLONS ☐ OUI ☐ NON	OTITE ☐ OUI ☐ NON	ROUGEOLE ☐ OUI ☐ NON	

VACCINATIONS DU JEUNE

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations, ou joindre copie du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT Polio				BCG	
OU Tétracoq				Autres (préciser)	

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDIQUATION

Autorisations :

Droit de Sortie : - J'autorise mon enfant à rentrer seul à partir de **16h30 (ou plus tard selon l'horaire de retour de l'activité).**

OUI ☐ NON ☐

Si non, les personnes autorisées (cf. page 1), devront venir chercher le jeune entre 16h30 et 18h.

Droit à l'image : - J'autorise la Ville de Bougival, à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique.

OUI ☐ NON ☐

Droit à dégustation : -J'autorise mon enfant, à déguster les préparations faites pendant les ateliers culinaires.

OUI ☐ NON ☐

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des activités à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et atteste avoir pris connaissance du règlement.

DATE :

Signature des parents :
 (ou des responsables légaux du jeune)