

Renseignements mineur

NOM: Prénom:
 Date de naissance: / / Age: Sexe:
 Adresse postale:
 Portable: / / / / Mail:
 Ecole - Collège - Lycée: Classe:

Responsable légaux
Parent A
Parent B

NOM.....	NOM.....
Prénom:.....	Prénom:.....
Date de naissance: / /	Date de naissance: / /
Age: Sexe:	Age: Sexe:
Adresse postale:	Adresse postale:
Portable: / / / /	Portable: / / / /
Professionnel: / / / /	Professionnel: / / / /
Mail:	Mail:
N° sécurité sociale:	N° sécurité sociale:
N° allocataire CAF ou MSA:	N° allocataire CAF ou MSA:
Quotient Familial:	Quotient Familial:

Autorisations de sorties - Personnes autorisées à récupérer mon ado

Départ seul	Oui	Non	
Avec un autre adulte	Oui	Non	
Nom et Prénom:.....	Nom et Prénom:.....		
Téléphone:	Téléphone:		
Lien de parenté:	Lien de parenté:		
Nom et Prénom:.....	Nom et Prénom:.....		
Téléphone:	Téléphone:		
Lien de parenté:	Lien de parenté:		

Autorisations parentales

Je soussigné(e),, responsable légal de l'ado ci-dessus,

> autorise mon ado à participer aux activités et autres évènements du SIVU	Oui	Non
> autorise mon ado à être transporté en véhicule dans le cadre des activités	Oui	Non
> atteste qu'il possède le Brevet de Natation ou Pass Nautique ou Savoir Nager	Oui	Non
> autorise le SIVU de la Vallée de la Jordanne à utiliser l'image photographique de mon ado	Oui	Non
> saisir les informations personnelles et médicales de mon enfant / ado	Oui	Non
> utiliser l'application CDAP de la CAF pour déterminer mon quotient familial	Oui	Non
> a pris connaissance du règlement intérieur et s'engage à le respecter	Oui	Non
> déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche	Oui	Non

Date:

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Renseignements médicaux

Entourer les mentions utiles et rayer les mentions inutiles

Joindre obligatoirement un justificatif des vaccins

(photocopie du carnet de santé et du carnet de vaccination, attestation du médecin traitant).

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

L'ado suit-il un traitement médical ?

Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

(dans leurs boîtes d'origine, avec la notice et marquées au nom de l'enfant)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ado a-t-il un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ?

Oui Non

Si oui, joindre une copie

L'ado a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rougeole Oui Non

Varicelle Oui Non

Oreillons Oui Non

Scarlatine Oui Non

Coqueluche Oui Non

L'ado est il sujet aux maladies suivantes ?

Migraine Oui Non

Otite Oui Non

Rhumatisme articulaire aigu Oui Non

Angine Oui Non

Asthme: Oui Non

Allergies :

Médicamenteuse: Oui Non Préciser:

Alimentaire Oui Non Préciser:

Autres Oui Non Préciser:

Causes de l'allergie et conduite à tenir:

Indiquer les difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre.

(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

.....

.....

Recommandations utiles

Préciser si l'ado porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

.....

.....

Régime alimentaire particulier Oui Non Préciser:

Médecin traitant: Téléphone:

Je soussigné(e), responsable légal de l'ado, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical,

hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'ado.

Date:

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :