

- Nom et prénom du jeune :
- Date de naissance :

	Responsable 1	Responsable 2
Nom - Prénom		
Adresse (2, si garde alternée)		
Code Postal		
Commune		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		
Mail		
EN CAS D'URGENCE coordonnées et nom de la personne à contacter :		

- N° allocataire CAF : _____
 Quotient familial (joindre attestation) _____
- N° allocataire MSA : _____ ○ Exploitant ○ Salarié
- Autres régimes ? _____

Autorisation Parentale

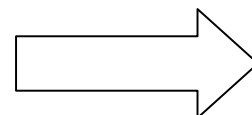
Je soussigné(e) _____ responsable de _____
 donne l'autorisation aux animateurs (rices) du secteur jeunesse de Chloro'fil :

- de transporter ou faire transporter mon enfant, pour les sorties, par d'autres parents, les animateurs (rices), les bénévoles du centre, en car en minibus ou en voiture.
- De prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

- autorise ○ n'autorise pas mon enfant à rentrer seul(e) après l'activité.
- autorise ○ n'autorise pas mon enfant à être photographié.
- autorise ○ n'autorise pas le CSI Chloro'fil a utiliser les photos pour des supports de communication (presse, site, web, facebook...)

DOCUMENT A FOURNIR : ○ brevet de natation (25m) ○ CMU (joindre attestation)

A _____ , le _____
 Signature(s)



Fiche Sanitaire

1. VACCINATIONS :

	date du dernier rappel :	date du dernier rappel :
<input type="checkbox"/> Diphtérie	}	<input type="checkbox"/> B.C.G _____
<input type="checkbox"/> Tétanos		<input type="checkbox"/> R.O.R _____
<input type="checkbox"/> Poliomyélite		_____
<input type="checkbox"/> Coqueluche		_____
<input type="checkbox"/> Hépatite B		_____

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

Votre enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : entourez oui ou non

Rubéole	oui	non	Otite	oui	non
Rougeole	oui	non	Coqueluche	oui	non
Varicelle	oui	non	Oreillons	oui	non
Angine	oui	non	Rhumatisme articulaire aigu	oui	non
Scarlatine	oui	non			

L'enfant a-t-il des allergies ? Asthmes oui non Alimentaires oui non
Médicamenteuses 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.

3. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Votre enfant porte-il des lunettes, des prothèses dentaires ou autres (précisez) ?

4. RESPONSABLE DE L'ENFANT

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

Date : _____

Signature :

Sabrina CHOUTEAU et Elise JAN
Animatrices Jeunesse
40 bis rue de la Libération
49340 Nuaille
02 41 55 93 41
secteur.jeunesse.chloro@gmail.com
www.csichlorofil.centres-sociaux.fr

CENTRE SOCIOCULTUREL INTERCOMMUNAL
CHLORO fil