



# Fiche de Renseignements Accueil Jeunes 14-17 ans

## Identité de l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....  : .....




Date de naissance : ..... / ..... / ..... Sexe : Masculin  Féminin

## Responsable de l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....  
.....

N° de Téléphone des parents :

 domicile : .....  : .....  travail : .....

 domicile : .....  : .....  travail : .....

N° Allocataire : .....

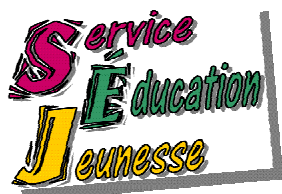
## Renseignements médicaux concernant l'enfant

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels
Diphtérie	
Tétanos	
Poliomyélite	
Ou DT Polio	
Ou Tétracoq	

L'enfant suit-il un traitement m médical ? Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).



***Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance***



Service Education Jeunesse

26 Avenue F. Mistral

13330 PELISSANNE

 04 90 55 32 92  04 90 55 45 47

sej@ville-pelissanne.fr



# Fiche de Renseignements Accueil Jeunes 14-17 ans

## Allergies :

- Asthme : Oui  Non  Médicamenteuse : Oui  Non
- Alimentaires : Oui  Non  Autres : Oui  Non

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** :

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

## Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte t'il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc....

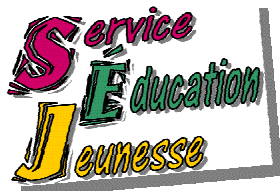
.....  
.....

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant :

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- avoir pris connaissance du règlement de l'activité à laquelle mon enfant est inscrit et en respecter les conditions
- autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées par les organisateurs de l'accueil jeunes avec ou sans transport (lorsque mon enfant est inscrit à ces activités)
- et autorise le responsable de l'accueil jeune à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Pelissanne, le .....

Signature du responsable :



Service Education Jeunesse

26 Avenue F. Mistral

13330 PELISSANNE

☎ 04 90 55 32 92 📠 04 90 55 45 47

sej@ville-pelissanne.fr