

FICHE INDIVIDUELLE 2023/2024  
JEUNES 11/25 ANS

NOM (Jeune) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

Sexe :  M  F

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

**Autorisons expressément les personnes citées ci-dessous à venir récupérer l'enfant**  
**Personnes autorisées autres que les représentants légaux à venir chercher l'enfant**

NOM Prénom (lien de parenté) \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOM Prénom (lien de parenté) \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOM Prénom (lien de parenté) \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PARENTS et ENTOURAGE FAMILIAL**

Cochez le (ou les) responsable(s) légal(aux) de l'enfant

Représentant 1

Représentant 2

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec le jeune : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Tél travail : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Situation Familiale : \_\_\_\_\_

Nb d'enfants à charge :

Adresse email : \_\_\_\_\_

**AUTORISATIONS**

Nom de votre assurance responsabilité civile: \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant :  
\_\_\_\_\_

**Autorisons** le personnel à sortir le jeune de l'enceinte du Centre Social pour les sorties en groupe.  
 **N'autorisons pas**

**Autorisons** le personnel à photographier et/ou filmer le jeune pour un usage inhérent à la vie du Centre Social et diffusion sur les outils de communication du CSRG (page Facebook, tracts, site internet) et auprès des médias (presse...)  
 **N'autorisons pas**

**Autorisons** le personnel à transporter ou faire transporter le jeune dans les véhicules du Centre Social Rural de GUISCARD dans le cadre des sorties en groupe.  
 **N'autorisons pas**

**Autorisons** le personnel à administrer au jeune les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.  
 **N'autorisons pas**

**Autorisons** l'équipe pédagogique à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant le jeune (hospitalisation, SAMU, pompiers).  
 **N'autorisons pas**

**Autorisons** le jeune à rentrer seul à la fin de l'atelier/l'activité/l'accueil/la sortie.  
 **N'autorisons pas**

Je (nous) soussigné(ons), ..... responsable(s) légal(aux) de l'enfant certifié(ons) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

- J'autorise la structure à saisir et conserver mes informations personnelles durant la période d'inscriptions.
- J'autorise la structure à saisir et conserver les informations médicales de mon enfant durant la période d'inscriptions.
- Je déclare avoir pris connaissance et approuver le règlement intérieur en vigueur de la structure.

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

**Signature(s) :**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023/2024

**1- JEUNE**  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Garçon  Fille

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES SUR LA SANTE DU JEUNE PENDANT L'ACCUEIL , LE PROJET OU LE SEJOUR. LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATIONS DOIT ETRE OBLIGATOIREMENT JOINTE.

## 2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

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*)

Fait-il l'objet d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** ? oui  non

Si oui, joindre le protocole au dossier.

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	COVID 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.

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

## 3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

## 4 – AUTRES INFORMATIONS UTILES SUR LE JEUNE

SUIT-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ? oui  non

SI OUI, PRÉCISEZ : .....

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

*Je soussigné, ..... responsable légal du mineur, 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 du jeune.*

Date :

Signature :