Date d’inscription : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Photo du∙de la jeune

 **Fiche Sanitaire de Liaison Jeune 2022-2023**

* **LE**∙**LA JEUNE**

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

Date de naissance\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Établissement Scolaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_\_kg Taille : \_\_\_\_\_\_\_\_cm Pointure : \_\_\_\_\_\_ Portable du jeune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pièces à fournir : Photocopie de la carte vitale - de la pièce d’identité- photocopie des vaccins à jour ou attestation du médecin - une photo récente – brevet de natation 50m

* **RESPONSABLES DU**∙**DE LA JEUNE**

**Responsable 1 :**

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fixe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse postale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Responsable 2 :**

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fixe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse postale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE**∙**LA JEUNE**

## Problèmes médicaux ou maladies connu∙e∙s : □ Oui □ Non

## Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Votre enfant prend t-il∙elle un traitement régulier ? □ Oui □ Non

## Si oui, le(s)quel(s) et à quelle fréquence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##  (Joindre l’ordonnance récente et les médicaments ainsi que le protocole d’administration, emballage d’origine avec la notice marquée au nom et prénom de l’enfant, aucun médicament ne pourra être administré sans une ordonnance conforme).

## Allergies connues : (cocher les cases correspondantes)

## □ Aucune □ Alimentaires □ Médicamenteuses □ Autres : (animaux, pollens, plantes etc…)

## Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## (Si existant, merci de joindre un certificat médical précisant la cause de l’allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir)

## Votre enfant possède-t-il∙elle un P.A.I (Projet d’Accueil Individualisé ? □ Oui □ Non

## Si oui, joindre le protocole et toutes les informations utiles : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Autres recommandations ou difficultés : (ex : dyslexie, dyspraxie etc…) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **PERSONNES AUTORISÉES A RACCOMPAGNER MON ENFANT (autre que les parents) :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Tel Portable | Tel Fixe | Lien avec le∙la jeune |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

Votre enfant porte-t-il∙elle des lunettes ? Oui  Non 

Votre enfant porte-t-il∙elle des lentilles ? Oui  Non 

Votre enfant porte-t-il∙elle des prothèses auditives ? Oui  Non 

Votre enfant porte-t-il∙elle des prothèses ou appareil dentaire ? Oui  Non 

## AUTORISATIONS :

□ Je certifie avoir reçu et pris connaissance du règlement intérieur de l’association Jeun’s Attitude.

□ J’autorise □ Je n’autorise pas : mon enfant à être transporté∙e en véhicule personnel, mini-bus ou autre transport par un∙e salarié∙e ou un∙e bénévole de l’association Jeun’s Attitude.

□ J’autorise □ Je n’autorise pas : mon enfant à rentrer seul∙e après la fin des activités et décharge l’association Jeun’s Attitude de toutes responsabilités en cas d’incident sur le trajet.

□ J’autorise □ Je n’autorise pas : mon enfant à être photographié∙e et/ou filmé∙e.

□ J’autorise □ Je n’autorise pas : que les photos et/ou vidéos où apparaissent mon image ou celle de l’un des membres de ma famille puissent être utilisées librement par l’association Jeun’s Attitude dans le cadre de sa communication (réseaux sociaux : Facebook, Instagram, site internet, article de presse, …).

Je soussigné∙e, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ responsable légal du∙de la jeune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et s’engage à informer l’équipe d’animation de Jeun’s Attitude de tout changement pouvant apporter des modifications sur ce présent document.

Date : Signature :