



VILLE DE CONCARNEAU
Place de l'Hôtel de Ville
BP 238
29182 CONCARNEAU
T 02 98 50 38 38
F 02 98 50 38 63
contact@concarneau.fr
www.concarneau.fr

FICHE ADMINISTRATIVE 2019-2020

Merci de compléter une fiche par jeune

RENSEIGNEMENTS concernant le jeune :

Nom Prénom.....

Date de Naissance / / Âge : Sexe : F M

Adresse du jeune :

Adresse mail :

Téléphone portable : / / / /

(Remplir seulement si vous souhaitez que l'Espace Jeunes prenne contact auprès du jeune).

Numéro d'allocataire CAF :

(Obligatoire en raison de la suppression du quotient municipal)

RENSEIGNEMENTS concernant les responsables légaux :

(Payeur par défaut)

1-Nom **Prénom** **(père, mère, tuteur, autre)**

Adresse :

E-mail : (Si vous souhaitez recevoir le programme d'activité)

Téléphone en cas d'urgence :

Téléphone en cas d'urgence :

2-Nom **Prénom** **(père, mère, tuteur, autre)**

Adresse :

E-mail : (Si vous souhaitez recevoir le programme d'activité)

Téléphone en cas d'urgence :

Téléphone en cas d'urgence :

AUTORISATIONS parentales :

1- Autorise la Ville de Concarneau à diffuser les images de mon enfant dans le cadre de la promotion de ses activités (réseaux sociaux, bulletin municipal, ...) : oui non

2- Autorise mon enfant à être véhiculé par les personnels du service ou un transporteur : oui non

3- Autorise la direction de l'Espace Jeunes à prendre les mesures nécessaires d'urgence en cas d'impossibilité de joindre les responsables mentionnés sur cette fiche : oui non

4- Autorise mon enfant à quitter seul l'accueil : oui non

INFORMATIONS médicales :

Si le jeune présente des problèmes de santé nécessitant un suivi, un accueil spécifique, merci de prendre contact avec le directeur pour rédiger un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé).

Demande de PAI : oui / non

La fiche sanitaire étant remise sous enveloppe cachetée, merci de nous indiquer les informations médicales ou autres, que vous souhaitez porter à la connaissance de nos équipes :

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

ASSURANCE complémentaire :

Nous vous rappelons l'intérêt de souscrire un contrat d'assurance complémentaire, couvrant les dommages corporels auxquels peuvent être exposé le jeune durant les activités. (Article L227-5 du code de l'action social et des familles).

REGLEMENT intérieur :

L'inscription à l'Espace Jeunes vaut adhésion au règlement intérieur.

Je soussigné Mme/Mr, responsable du jeune
....., certifie exacte les renseignements
portés sur cette fiche et autorise mon enfant à participer aux activités de l'Espace Jeunes.

Fait le :

A :

Signature :



VILLE DE CONCARNEAU
Place de l'Hôtel de Ville
BP 238
29182 CONCARNEAU
T 02 98 50 38 38
F 02 98 50 38 63
contact@concarneau.fr
www.concarneau.fr

CERTIFICAT MEDICAL

Ce document est à compléter pour l'inscription de votre jeune à l'Espace Jeunes

Je soussigné(e)....., docteur en médecine, certifie avoir examiné
le jeune et atteste :

- Qu'il / elle dispose de l'ensemble des vaccins et rappels à jour.
- Qu'il / elle ne présente aucune contre-indication à la vie en collectivité.
- Qu'il / elle ne présente à ce jour aucun signe de contagion.
- Qu'il / elle ne présente aucune contre-indication à la pratique du sport.

Remarques éventuelles :

.....

.....

.....

.....

Fait à , le

Signature- Cachet du médecin



<h1>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	1 - ENFANT	
	NOM :	
	PRÉNOM :	
	DATE DE NAISSANCE :	
GARÇON <input type="checkbox"/>		FILLE <input type="checkbox"/>

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT 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"/>	

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**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné responsable légal de l'enfant, 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 de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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