

C.C.A.S. DE FROUZINS
FICHE SANITAIRE JEUNESSE

LE JEUNE :

NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE :
GARÇON FILLE Tel portable :

RESPONSABLES LEGAUX :

NOM/ PRENOM de la mère : Tel portable :
Adresse mail :@.....
NOM/ PRENOM du père : Tel portable :

Situation familiale (si divorce, photocopie du jugement pour le mode de garde) :
N° Sécurité Sociale du parent couvrant le jeune :

En cas de changement de numéros de téléphone en cours d'année, veuillez-nous en informer. Merci d'avance.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant :tel :

1/ Vaccinations :

La copie des vaccins est à remettre au moment de l'inscription. Si le jeune n'a pas les vaccinations obligatoires, il est impératif de joindre un certificat de contre-indication.

2/ Allergies (joindre le certificat médical et le PAI) :

Asthme	Alimentaire	Médicamenteuse	Autres
Oui :	Oui :	Oui :	Oui :
Non	Non	Non	Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :
.....

3/ Traitement médical :

Le jeune suit-il un traitement médical pendant les temps d'accueil : OUI NON
Si oui, joindre un certificat médical récent 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.**

4/ Recommandations utiles (cocher la case correspondant) :

Votre enfant porte-t-il ? :
Des lentilles , des lunettes , des prothèses auditives , des appareils dentaires , autres
Autres observations sur votre enfant dont vous voudriez nous faire part :

Je déclare exact les renseignements donnés ci-dessus et autorise les responsables du Service Jeunesse à prendre les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

A le,

Signature des parents