# FICHE SANITAIRE 11-14 ans

Service Éducation Cohésion Sociale
QUESTEMBERT COMMUNAUTÉ
Mai 2023- Juin 2024

| LE JEUNE |
|---|
| Nom ..... Prénom..... |
| Adresse :.....Commune:..... |
| Date et lieu de naissance : ..... Âge ..... |
| Établissement scolaire ou autres :..... |
| Instagram :..... |
| Portable du jeune : ...../...../...../...../..... E-mail :.....@..... |

| REPRÉSENTANTS LÉGAUX | |
|---|---|
| **Responsable 1** | **Responsable 2** |
| Nom :..... | Nom :..... |
| Nom de naissance :..... | Nom de naissance :..... |
| Qualité :..... (père, mère, famille d'accueil ...) | Qualité :..... (père, mère, famille d'accueil ...) |
| Prénom ..... | Prénom ..... |
| Portable ..... | Portable ..... |
| Téléphone domicile :..... | Téléphone domicile :..... |
| Téléphone travail :..... | Téléphone travail :..... |
| Adresse :..... | Adresse :..... |
| ..... | ..... |
| Mail :.....@..... | Mail :.....@..... |

| PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISER A RÉCUPÉRER L'ENFANT | | | |
|---|---|---|---|
| | Contact 1 | Contact 2 | Contact 3 |
| Nom - Prénom | | | |
| Lien parenté | | | |
| ☎ | | | |
| ✆ | | | |

| RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX |
|---|
| Médecin traitant :.....Téléphone :..... |

Vaccin obligatoire : DT POLIO : □ OUI □ NON Date du dernier rappel :……

*Photocopie à joindre obligatoirement*

**ALLERGIES**

□ Asthme □ Allergie alimentaire □ Allergie médicamenteuse

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

……

Les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, asthme), en précisant les dates et les précautions à prendre :

……

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) □ OUI □ NON

……

Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) □ OUI □ NON

……

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, etc :

……

| AUTORISATION PARENTALES | | |
|---|---|---|
| **Pour les jeunes du Tremplin :**<br>J'autorise mon jeune à rentrer seul le soir à partir de 17h ( vacances scolaires) | □ OUI | □ NON |
| J'autorise mon jeune à être en quartier libre | □ OUI | □ NON |
| J'autorise mon enfant à être ramené sur sa commune lors des sorties extérieures (mercredis et vacances scolaires) | □ OUI | □ NON |
| J'autorise les animateurs à photographier mon enfant dans le cadre des activités. | □ OUI | □ NON |
| J'autorise le service à diffuser les photos de mon enfant sur le site internet de Questembert Communauté. Les photos peuvent être utilisées sur nos pages de réseaux sociaux, nos supports papier de communication (bulletins d'information, plaquettes, affiches...) pour une durée de 10 ans. | □ OUI | □ NON |
| J'autorise le CIAS de Questembert Communauté de diffuser mes coordonnées téléphoniques pour faire du covoiturage spécifique. | □ OUI | □ NON |
| J'autorise le service jeunesse à me joindre via les réseaux sociaux | □ OUI | □ NON |
| J'autorise mon enfant à prendre son repas du midi à la maison des jeunes le mercredi en période scolaire | □ OUI | □ NON |
| J'autorise les personnels à faire donner à mon enfant, en cas d'urgence, tous soins nécessités par son état, y compris une intervention chirurgicale et a le transporter dans un véhicule de secours, jusqu'au centre hospitalier le plus proche ou à la clinique de mon choix dans la mesure du possible.<br>Les personnels contacteront les personnes autorisées dans les meilleurs délais. | □ OUI | □ NON |

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e)……
responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à……Le…… Signature du représentant légal

**Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser aux services de Questembert communauté**