

RECOMMANDATION DES PARENTS

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

ASSURANCE CIVILE (merci de joindre la photocopie)

Nom et adresse

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

N°

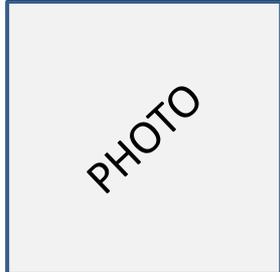
N° Sécurité sociale :

Merci de nous tenir au courant en cas de changements (adresse, téléphone etc.....)

Fait à, le

Lu et approuvé
Signature

E
S
T
A
C
E
J
E
C
Z
E
S



NOM

.....

PRÉNOM

.....

FICHE SANITAIRE – ESPACE JEUNES

BÉDARRIDES

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles.

Elle évite de vous démunir de son carnet de santé pendant son séjour.

1-ENFANT

Nom

Prénom

Fille

Garçon

Date de naissance : / /

2-VACCINATIONS

Copie des vaccins obligatoire

L'enfant n'est pas vacciné ?
Pourquoi ?

.....
.....

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes:

Rubéole	oui	non	Angine	oui	non	Rhumatisme	oui	non
Varicelle	oui	non	Coqueluche	oui	non	Asthme	oui	non
Rougeole	oui	non	Oreillons	oui	non			

3-RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates
Maladies, accidents, crises convulsives, allergies (alimentaires,
médicamenteuses...), hospitalisation, opération, etc

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

RENSEIGNEMENTS

Nom et prénom de la mère :

.....

Nom et prénom du père :

.....

Adresse (des deux parents si différente)

Mère :

.....

.....

Père :

.....

.....

 de la mère : Portable :

 du père : Portable :

 de l'enfant Portable :

Profession de la mère et adresse de l'employeur :

.....

.....



Profession du père et adresse de l'employeur :

.....

.....



Affiliation

CAF: OUI NON MSA: OUI NON AUTRE: OUI NON

N° d'allocataire CAF : **OBLIGATOIRE**

Je soussigné(e)

Autorise l'équipe d'animation de l'espace jeunes, dans le cas où un
des responsables légaux ne pourrait pas venir récupérer mon enfant,
à le remettre aux personnes désignées ci-dessous.

Mr/Mme.....Lien avec l'enfant

Mr/Mme.....Lien avec l'enfant

Mr/Mme.....Lien avec l'enfant