



Quotient familial	
-------------------	--

1 - JEUNE

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : GARCON FILLE

Pays de naissance : Département et Commune de naissance

Portable du jeune :

Etablissement scolaire fréquenté :

Lieu de ramassage : Bellegrave Brivazac Cap de Bos Cazalet Magonty Monteil Toctoucau

Quartier d'habitation : Alouette Bourg Châtaigneraie Chiquet Echoppes Madran

Monbalon Noës Pontet Saige Sardine Verthamon/Haut-Brion

2 - VACCINATION OBLIGATOIRE (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune)

Vaccin obligatoire	oui	non	Date des derniers rappels
DT Polio			

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	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

Porte-t-il des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc

.....

Le jeune suit-il un **traitement médical spécifique** pendant le séjour (allergie, pathologie particulière...) ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice**).



5 - ASSURANCE INDIVIDUELLE DU JEUNE

Est-il assuré pour les activités extra scolaires ? oui non

Si la réponse est négative, il est rappelé qu'une assurance responsabilité civile est obligatoire pour l'admission de l'enfant aux activités périscolaires.

6 - AUTORISATIONS

J'autorise la ville de Pessac à utiliser l'image de mon enfant, au travers de photos ou de reportages filmés pris au cours de leurs activités, pour toute campagne de communication, expositions de photos ou pour toute diffusion sur une chaîne de télévision. oui non

Fume-t-il ? oui non

Je soussigné(e) autorise mon (ma) fils (fille)
de plus de 16 ans à fumer.

7 - PRISE EN CHARGE

(le jeune ne pourra être pris en charge que si sont mentionnés ci-dessous, des adultes de plus de 16 ans habilités par les parents)

J'autorise M./Mme n°de tel :

M./Mme n°de tel :

M./Mme n°de tel :

8 - RESPONSABLE DU JEUNE :

NOM : PRENOM :

ADRESSE

TEL FIXE (et portable) : DOMICILE : BUREAU Mr :

 Portable Mme : BUREAU Mme :

NOM ET TEL.DU MEDECIN TRAITANT (Facultatif) :

NOMS ET N° DE TELEPHONE DES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM : n°de tel :

NOM : n°de tel :

Je soussigné, responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les directeurs de structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état du jeune.

Date.....

Signature(s)

