

FICHE SANITAIRE 2025

11-18 ans



Cadre réservé au CSI

- ◇ Rentre seul
- ◇ Santé
- ◇ Droit à l'image

Jeune

Nom et prénom.....

Adresse principale

Statut du jeune Écolier Collégien Lycéen Apprenti autres

Reconnaissance MDHP SI oui fournir une attestation (AAEH)

Si handicap : Type de handicap ou difficultés :

Date de naissance / /

N° téléphone du jeune / / / /

Parents ou Responsables Légaux

Adulte : nom et prénom
n° portable

Adulte : nom et prénom
n° portable

Autre adresse (en cas de divorce, séparation, ...)

en cas d'Urgence /

Adresse Mail pour recevoir les informations (programme des vacances, des mercredis), et les infos du CSI.

N° de Sécurité Sociale

CAF MSA dept MSA: N° Allocataire..... Quotient Familial.....

merci de fournir un justificatif de QF obligatoire même pour les QF élevés car contrôlé par la CAF

Commune de ramassage pour les Transports en mini bus : St Léger La Séguinière

St Christophe La Romagne Bégrolles en Mauges

Merci de préciser si cela peut changer (séparation..)

Autorisations

- J' autorise les animateurs à prendre et déposer mon enfant à l'arrêt de bus.
- J' autorise mon enfant à rentrer seul après avoir été déposé à l'arrêt de bus.
- J' autorise la prise de vue et la publication de l'image sur laquelle mon enfant apparait (presse , bilan , diaporama ...etc) et Je n'autorise pas la prise de vue et la publication de l'image sur laquelle mon enfant apparait
- J' autorise les animateurs à délivrer des traitements sur ordonnances et accords
- J' autorise le Centre social à regarder mon quotient familiale via CAFpro

Renseignements Médicaux

- Médecin de famille et contact

◇ Le jeune a-t-il eu les maladies suivantes (cocher les cases correspondantes)

- | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Rougeole |
| <input type="checkbox"/> Rhumatismes | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Rubéole |

- Le jeune a-t-il eu d'autres difficultés de santé ? oui non
Lesquelles et préciser la date.....

- Quelles sont les opérations chirurgicales qu'a subies le jeune ? (préciser la date) aucune

- Le jeune fait-il des allergies ? oui non
Lesquelles et/ou à quels produits.....

- Actuellement, le jeune suit-il un traitement ? oui non
Si Oui lequel

si le jeune doit suivre un traitement pendant son séjour ou son accueil, n'oubliez pas de nous transmettre l'ordonnance, ses médicaments, et nous demander l'autorisation à le délivrer

- Le jeune suit-il un régime Alimentaire particulier? oui non
Si oui lequel ?

- Avez-vous des recommandations particulières ? oui non
Si Oui lesquelles

Vaccinations Joindre une copie du carnet (mettre le nom de votre enfant sur les feuilles svp)

Dans le cadre de la RGPD en vigueur depuis mai 2018, nous vous informons que les informations collectées sur cette fiche, obligatoires pour le fonctionnement de l'accueil jeunes, seront consultées exclusivement par l'équipe d'animation et gardées en interne.

Contrat Moral & Autorisation Parentale

Le jeune adhère à l'association du C.S.I pour l'année civile 2025 par le biais de cette inscription
Le Centre Social dispose d'une assurance en responsabilité civile mais sa responsabilité civile ne pourra être engagée qu'en cas de faute de ce dernier.
Le projet éducatif et pédagogique est à disposition des parents au CSI ou sur le site internet.
Pour participer aux activités, les parents doivent signer une autorisation parentale (également téléchargeable).
En cas de faible participation des jeunes et/ou de mauvaises conditions météorologiques, le CSI s'autorise l'annulation des activités.

J'autorise les animateurs, à prendre toutes les mesures médicales nécessaires (hospitalisation...) en cas

d'accident ou de situation d'urgence.

Lors d'un séjour, j'autorise les animateurs à délivrer des traitements sur ordonnances

Signature du jeune

Date et Signature des parents