

Traitement médical

Si votre enfant est amené à suivre un traitement médical, joindre l'ordonnance 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 administré sans ordonnance

Veuillez indiquer si votre enfant rencontre (ou a rencontré) des difficultés de santé : maladie, accident, crise convulsive, opération..., en précisant les dates et les précautions à prendre :

L'enfant a-t-il son brevet de natation ? Oui Non

REPAS : Mange de la viande de porc : Oui Non
Végétarien : Oui Non

Autre régime particulier :

Je soussigné(e)....., déclare sur l'honneur avoir le plein exercice de l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise :

> En cas d'urgence, la direction des accueils fréquentés par mon enfant à prendre toutes les dispositions utiles en vue de la mise en oeuvre des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer;

> L'utilisation par le service enfance jeunesse de la mairie de Servon, pour sa communication ou sa documentation, des photos prises lors des animations sur lesquelles pourrait figurer mon enfant.

> L'autorisation de transporter mon (mes) enfant(s) lors des sorties organisées par le Service Enfance Jeunesse.

SERVON, le
Signature Père :

Signature mère :

S
E
R
V
I
C
E

E
N
F
A
N
C
E

J
E
U
N
E
S
S
E
-
M
A
I
R
I
E

D
E

S
E
R
V
O
N

Année 2010-2011

SERVICE ENFANCE JEUNESSE



Espace Jeunes

15 Rue de la poste
77170 SERVON

L'Espace Jeunes
11/17 ans

Dossier Sanitaire 11/17 ans

Valable du 03/09/10 au 31/08/11

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

PHOTO

Date et lieu de naissance : _____

Classe : _____ Age : _____ Sexe : M F

N° de sécurité sociale
dont dépend l'enfant : _____

L'enfant est-il assuré : Oui Non

AUTORISE A RENTRER SEUL : Oui Non

DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER (OBLIGATOIREMENT)

- Attestation d'assurance 2010/2011
- Attestation de natation

Horaires d'ouverture de l'Espace Jeunes

Mercredis et Samedis (période scolaire): 14h/19h

Vacances Scolaires: de 9h à 12h et de 14h à 19h

Possibilité de repas (vacances scolaires) de 12h à 14h (sur inscription uniquement)

Informations familiales et administratives

Nom et prénom de la mère : _____

Tél domicile : _____ Tél prof, : _____

Portable : _____ N° Allocataire CAF : _____

Profession et employeur : _____

N° Sécurité Sociale : _____

Régime général : oui - autre : _____

Adresse email "mère" : _____

Nom et prénom du père : _____

Tél domicile : _____ Tél prof, : _____

Portable : _____ N° Allocataire CAF : _____

Profession et employeur : _____

N° Sécurité Sociale : _____

Régime général : oui - autre : _____

Adresse email "père" : _____

En cas de séparation/divorce, qui a la garde ? (Fournir la décision de justice)

La mère Le père Alternée

**Personne à contacter en cas d'urgence
et d'indisponibilité des représentants légaux**

Nom/prénom :	Qualité :	Tél. port et domicile :	Tél. travail :

Informations sanitaires

A compléter obligatoirement :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI		NON		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie						Hépatite B	
Tétanos						Ruvéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite						Coqueluche	
Ou DT Polio						Méningite	
Ou Tétracoq						Autres (préciser)	
MONOTEST							

Maladies :

A compléter :

RUBEOLE				VARICELLE				ANGINES				RHUMATISMES				SCARLATINE			
NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI	

COQUELUCHE				OTITES				ROUGEOLE				OREILLONS				ASTHME			
NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI	

Allergies :

Respiratoires : Oui - Non Lesquelles : _____

Alimentaires : Oui - Non Lesquelles : _____

Médicamenteuses : Oui - Non Lesquelles : _____

Autres allergies : _____

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

(si automédication le signaler)

Groupe Sanguin RH :

Informations Complémentaires

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, appareil dentaire...
