

Prénom du jeune: _____
 Nom: _____
 Sexe: M F
 Date de naissance: _____
 Né(e) à: _____

Ecole: _____
 Classe: _____
 Nage t-il: _____
 Brevet natation: _____

Photo
ici

Assurance:

Est-il assuré: oui non Assureur: _____ N° de contrat: _____
 Début: _____ Fin: _____

Autorisation:

Droit à l'image: Oui Non Autorisation de transport en véhicule: Oui Non
 Autorisation de rentrer seul: Oui Non Si non, avec qui peut-il partir: _____
 Autorisation de sortir du club dans le cadre d'activités: Oui Non

Nom et Prénom du responsable (si différent du Père ou de la Mère): _____

Situation familiale: _____
 Email: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____
 tél. domicile: _____ tél. Professionnel: _____ Tél. portable: _____
 CAF: _____ N°CAF: _____ Régime: _____ N°: _____
 N° Sécurité Social: _____ centre de Sécurité Social: _____
 Employeur: _____ Profession: _____

Père: Nom et Prénom: _____
 Email: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____
 tél. domicile: _____ tél. Professionnel: _____ Tél. portable: _____
 CAF: _____ N°CAF: _____ Régime: _____ N°: _____
 N° Sécurité Social: _____ centre de Sécurité Social: _____
 Employeur: _____ Profession: _____

Mère: Nom et Prénom: _____
 Email: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____
 tél. domicile: _____ tél. Professionnel: _____ Tél. portable: _____
 CAF: _____ N°CAF: _____ Régime: _____ N°: _____
 N° Sécurité Social: _____ centre de Sécurité Social: _____
 Employeur: _____ Profession: _____

Personnes à prévenir en cas d'accident: _____

Observations:

Je soussigné(e) _____ déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.
 Fais à _____ le ___/___/___ Signature,

Vaccins Obligatoire	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos					
Poliomyélite				R.O.R.	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autre (précisez)	
B.C.G					
D.T.C.P.					
Pentavac				Monotest	
Prévenar					

Renseignements médicaux concernant le jeune:

Suit il un traitement médical? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance (aucun médicament ne sera pris sans ordonnance!!)

Le jeune a t-il déjà eu les maladies suivantes?

Rubéole: Oui Non Varicelle: Oui Non Angine: Oui Non Scarlatine: Oui Non

Rhumatisme articulaire aiguë: Oui Non Coqueluche: Oui Non Otite: Oui Non

Rougeole: Oui Non Oreillons: Oui Non

Allergies: Asthme Oui Non Médicamenteuses: Oui Non

Alimentaires Oui Non Autres: -----

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir: -----

Indiquez ci-après:

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation) en précisant les dates et les

précautions à prendre: -----

Fiche sanitaire de liaison 2/2:

Renseignements médicaux concernant le jeune (suite):

Recommandions utiles des parents:

Votre jeune porte-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives ou dentaires, etc... _____

Responsable du jeune:

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse : _____

tél.: _____ Portable: _____ Travail: _____

Médecin du jeune:

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse : _____

tél.: _____

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

Date: __ / __ / __

Signature:

A remplir par le directeur à l'attention des familles

Observations: _____

Coordonnées de la structure:

Club ados de la Communauté de Communes des Hauts du Perche

41, route de la Poterie

61190 RANDONNAI

02-33-24-09-55

clubados.cdchautsperche@orange-business.fr

