



NOM DU JEUNE :

1 : **VACCINATIONS**: photocopie du carnet de vaccination **obligatoire.** Si le jeune n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2 : **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE**

**A TITRE INDICATIF, LE JEUNE A T’IL EU LES MALADIES SUIVANTES (entourer les maladies qu’il a eu) ?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBEOLE | VARICELLE | ANGINE | SCARLATINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUE |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS |

**ALLERGIES** : ASTHME : oui non MEDICAMENTEUSES : oui non

 ALIMENTAIRE : oui non AUTRE : ………………………………………………

Le jeune suit-il un traitement médical pendant sa présence aux activités du CLSH : oui non

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans l’emballage d’origine marqués au nom du jeune avec la notice). Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

P.A.I. (projet d’accueil individualisé) en cours : oui non ( joindre le protocole et les informations utiles)

Le jeune présente-t-il des **DIFFICULTES DE SANTE ?** (Maladie, accident, crise convulsive, opération, rééducation : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**RECOMMANDATIONS UTILES :** (lunettes, prothèses auditives, appareil dentaire…) …………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

J’autorise l’équipe d’animation à prendre le cas échéant, toutes dispositions médicales rendues nécessaires par l‘état du jeune (appel du médecin, SAMU…)*. Eux-seuls sont habilités à définir l’hôpital de secteur.*

Je m’engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés si tel est le cas.

Je m’engage à mettre à jour les renseignements en cas de changement (santé du jeune, adresse, téléphone, vaccins).

PPERSONNE A PREVENIR EN CAS D’URGENCE (en cas d’impossibilité de prévenir les parents)

Mme/M. : ………………………………………………………………………qualité : …………………………………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone : ………………………………………………….ou le ………………………………………………………………………..

Je soussigné(e) : ………………………………………………………………………….. Responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement intérieur du CLSH et m’engage à respecter toutes les conditions.