

Centre de Jeunesse et d'Activités de Savières (CJAS)

FICHE DE RENSEIGNEMENT (Mise à jour annuelle)



Centre de Jeunesse et d'Activités de Savières – 207 voie de lettres – 10600 Savières

NOM DU REPOSABLE LÉGAL : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : _____

MAIL : _____

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Nom	Prénom	Age	Téléphone

Votre avis personnel sur le fonctionnement du Centre de Jeunesse et d'Activités de Savières sur l'année écoulée :

Très satisfaisant Satisfaisant Moyen insatisfaisant Très insatisfaisant

Commentaires :

Documents **obligatoires** à joindre à la fiche de renseignement:

Copie du carnet de vaccinations Attestation d'assurance Attestation CAF Règlement signé



FICHE SANITAIRE DE LIAISON (Mise à jour annuelle) DOCUMENT CONFIDENTIEL

Centre de Jeunesse et d'Activités de Savières – 207 voie de lettres – 10600 Savières

NOM DU MINEUR : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ SEXE : F M

ANNÉE SCOLAIRE : _____ CLASSE : _____

NOM et ADRESSE du Médecin Traitant : _____

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du mineur (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L .227-4 du code de l'action sociale et des familles) ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

1. Vaccinations (il est nécessaire de fournir une photocopie du carnet de santé, ou un certificat médical récent)

Date du dernier rappel : _____ Vaccinations : _____

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2. Groupe sanguin de l'enfant : _____

3. Renseignement concernant le mineur : Taille : _____ Poids : _____

L'enfant suit-il un traitement médical : oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente 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 et autorisation écrite.

Allergies : Alimentaires OUI NON

Médicamenteuses OUI NON

Autres (animaux, plantes, pollen, etc...) OUI NON

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? OUI NON

Si le mineur fait l'objet d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) il est obligatoire d'en informer la direction et de fournir un protocole officiel clair et lisible, ainsi que la trousse de soin complète.

4. Recommandations utiles des parents

Port de lunettes, lentilles, appareils dentaires ou auditifs, prescription médicale alimentaire, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne.

Je soussigné(e), _____, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date et signature du responsable légal :