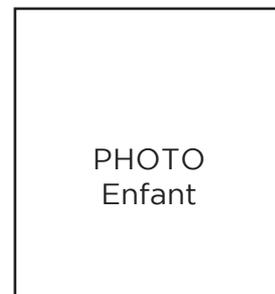


**Accueil Jeunes de Chevreuse**

Maison des Associations Claude Génot  
45 bis rue de Rambouillet 78460 Chevreuse

**Téléphone** : 01 30 45 47 21

**Email** : service.jeunesse@chevreuse.fr



**Validité : Du 01/09/2025 au 31/08/2026**

**FICHE SANITAIRE ACCUEIL JEUNE DE CHEVREUSE**

**NOM et PRENOM de l'enfant** : .....

**Date et lieu de naissance** : .....

**Sexe** : **M**  **F**

	RESPONSABLE N°1	RESPONSABLE N°2
Nom et prénom		
Adresse du domicile		
Téléphone		
Email		

**CONTACTS AUTORISÉS (autres que les parents)**

NOM PRÉNOM	Lien de parenté	Téléphone	REC (*)	URG (*)

\***REC** : Pouvant venir récupérer l'enfant

\***URG** : A prévenir en cas d'urgences si absence des parents

**AUTORISATIONS**

- Transporter mon enfant par les transports en commun, sous la surveillance d'un animateur, afin de pratiquer toutes activités organisées : **OUI**  **NON**
- D'utiliser des photos ou vidéos prises durant les activités organisées pour une stricte utilisation sur les supports de communication de notre structure (Médiéval notamment) : **OUI**  **NON**
- Autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de ses activités : **OUI**  **NON**

**En signant ce document, je m'engage à :**

- ✓ Permettre à l'équipe d'animation de faire hospitaliser mon enfant au centre hospitalier le plus proche et faire pratiquer les soins, examens et interventions nécessaires en cas d'urgence.
- ✓ Accepter de recevoir des mails concernant les activités organisées par l'équipe d'animation de l'accueil jeunes.

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et valide le règlement intérieur du centre en vigueur. (A retrouver sur le site : chevreuse.fr).

Date :

Signature :



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBÉOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

**INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre)

Date :

Signature :