

Le ... / ... / 2018

NOM : _____ PRENOM : _____ Sexe : F M

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

N° de téléphone portable : _____ N° de tél domicile : _____

Courriel : _____

Autorité parentale : Père / Mère / Les deux (entourer la réponse)

Mère

Nom, Prénom : _____

N° de tél portable : _____

N° de tél professionnel : _____

Père

Nom, Prénom : _____

N° de tél portable : _____

N° de tél professionnel : _____

INFORMATIONS MEDICALES

Nom du Médecin : _____

Téléphone du Médecin : _____

GRUPE SANGUIN : _____

RHESUS : _____

PATHOLOGIES

ASTHME	OUI	NON	EPILEPSIE	OUI	NON
ALLERGIE ALIMENTAIRE	OUI	NON	DIABETE	OUI	NON
ALLERGIE MEDICAMENTEUSE	OUI	NON	AUTRES		

VACCINATIONS

Obligatoires	FAITS	Date	Recommandées	FAITS	Date
Diphtérie			Hépatite B		
Poliomyélite (DT polio ou Tétracoq)			Oreillons Rubéoles (ROR)		
Tétanos			Coqueluche		
BCG			Autres		

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE, PREVENIR EN PRIORITE

Nom, Prénom : _____ Téléphone : _____

Nom, Prénom : _____ Téléphone : _____

AUTORISATIONS

Autorise à partir seul OUI NON

Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence OUI NON

Autorise la prise de photo (usage interne à la commune) OUI NON

Autorise la participation aux sorties (en vélo, autocar, transport en commun) OUI NON

Fournir un justificatif de domicile de moins de 3 mois.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus

SIGNATURES

du jeune et des parents (pour les mineurs)

Fiche à retourner par mail à jeunesse@chessy77.fr

Ou à déposer en Mairie