

2. PROBLÈMES DE SANTÉ PASSÉS ET ACTUELS

Maladies, handicap, hospitalisations, opérations... Avec les dates des évènements.

.....

Prise de traitement médical quotidien ?

- OUI, joindre une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants dans la boîte d'origine marquée au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.
- NON.

3. POINTS D'ATTENTION CONCERNANT L'ENFANT (pour améliorer l'accueil de l'enfant) *Par exemple : saignements de nez, régime alimentaire, hyperactivité, handicap, prothèses dentaires et auditives, port de lunettes ou lentilles de contact, ? etc.*

.....

.....

ALLERGIES (Aliments, médicaments et Type de réaction (œdème, urticaire, ...))

.....

.....

Maladie	Nom du vaccin	Date du dernier rappel
DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)		
Coqueluche		
Haemophilus influenzae		
Hépatite B		
Méningocoque C		
Pneumocoque		
ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole)		
Tuberculose		

Je soussigné, Mme/M. déclarent exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature :

PARTIE A RETOURNER A L'ANIMATEUR DE VOTRE JEUNE

Rentrée Diocésaine du Pôle Jeunes

INFOS :

A Sainte Anne d'Auray

Le samedi 7 octobre 2023 de 15h à 22h

Pour les collégiens et les lycéens

PROGRAMME :

15h : Accueil

15h30 - 16h30 : Découverte de ce qui a été vécu et projet à venir

16h30 : Goûter Festif

17h10 - 17h45 : Présentation des projets de l'année

18h00 : Messe

19h30 : Pique-nique tiré du sac

20h30 : Veillée

A PREVOIR :

Son pique-nique

CONTACT :

INSCRIPTION ET AUTORISATIONS :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu :

Adresse complète :

CP : Ville :

Mail :@..... N° de tél :

Je soussigné, Mme/M., responsable légal du jeune (nom et prénom)

O Autorise mon enfant à participer à la journée proposée par le Pôle Jeunes

O Autorise les responsables à faire pratiquer tout acte médical ou chirurgical (traitement, hospitalisation ou intervention) rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant dans le cas où je ne suis pas joignable ET/OU à sortir mon enfant des urgences.

O Autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport mis en place par le responsable de groupe

O Autorise le Pôle Jeunes à publier les photos prises durant le temps fort sur son site internet, ses réseaux sociaux, sa revue diocésaine...

Date et signature des parents :

Signature du jeune :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1. IDENTITÉ

Nom et Prénom		
Sexe	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Date de naissance		

RESPONSABLES DE L'ENFANT (A prévenir en cas d'urgence)

Nom et Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2