

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant ou du jeune. Elle vous est demandée par l'UFBJA dans le cadre de nos séjours. Cette présente fiche sera détruite en fin d'accueil ou d'année.

Enfant ou jeune participant :

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : F M

Date de naissance : _____ Lieu : _____

Nationalité : _____ Religion * : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél. fixe : _____ Tél. mobile : _____

E-mail : _____

Photo
(facultative)

Parent 1 ou représentant Légal : (cocher la case si adresse identique à l'enfant)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél. fixe : _____ Tél. mobile : _____

E-mail : _____

Parent 2 : (cocher la case si adresse identique au parent 1)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél. fixe : _____ Tél. mobile : _____

E-mail : _____

- J'accepte de faire vacciner mon enfant en cas d'absolue nécessité. ** Oui Non
- Je déclare autoriser le responsable à prendre toutes les décisions nécessaires au niveau médical en cas d'extrême urgence. ** Oui Non
- J'autorise l'UFBJA à utiliser les photos, prises lors des activités, dans les documents et publications d'information et de formation sur tous supports. Oui Non

En signant ce document, je reconnais :

- Avoir pris connaissance du projet éducatif (UFBJA).

- Accepter la politique de confidentialité et de gestion des données de l'UFBJA. Info :

assistante.jeunesse.ufb@ufb.adventiste.org

A : _____ Le : _____

Signatures :

* Dans un souci d'accueil, de respect et de tolérance, merci de nous préciser l'appartenance religieuse de votre enfant (facultatif).

** Tout sera mis en œuvre pour vous contacter avant toute décision. Mais si l'urgence ne nous permet pas de le faire, nous serons dans l'obligation de décider. Sans votre accord, si vous ne prenez pas expressément position, nous considérons que vous acceptez l'acte opératoire éventuel.

I. **Vaccinations** : (Cocher au choix)

- Je fournis une photocopie du carnet de vaccination à jour.
- Je joins un certificat médical de vaccination à jour.
- Je joins un certificat médical de contre-indications totale ou partielle aux vaccins.

II. **Renseignements médicaux** :

- L'enfant doit-il suivre un traitement médical ? oui non
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?
 - Rougeole : oui non
 - Varicelle : oui non
 - Oreillons : oui non
 - Scarlatine : oui non
 - Coqueluche : oui non

- L'enfant est-il sujet aux maladies suivantes ?
 - Migraine : oui non
 - Otite : oui non
 - Angine : oui non
 - Asthme : oui non
 - Rhumatisme articulaire aigu : oui non

- L'enfant a-t-il des allergies :
 - Médicamenteuses : oui non _____

 - Alimentaires : oui non _____

 - Autres : _____

 - Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : _____

- Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : _____

