



1-LE JEUNE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

N° tel du jeune : _____

GARÇON FILLE

2-PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom Prénom : _____

N° portable : _____

Lien avec le jeune : _____

3 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

MAIL :@.....

4- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil jeunes ou 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.

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

Table with 5 columns: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ, SCARLATINE. Each cell contains 'OUI' and 'NON' with checkboxes.

ALLERGIES :

- ASTHME oui non
MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non
AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....
.....
.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

(FACULTATIF).....

5- VACCINATIONS

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

pas de photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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

6 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

7- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités organisées dans le cadre de l'accueil jeunes notamment les activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées sous la responsabilité des maitres-nageurs sauveteurs ou du surveillant de baignade : oui non

J'autorise mon enfant à prendre les transports en mini bus ou en voiture pour se rendre à certaines activités : oui non

J'autorise la mairie de Robion à photographier ou filmer mon enfant et à utiliser ces images pour différents supports de communication. oui non

Je soussignée,.....

responsable légal de l'enfant.....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil jeune de Robion.

Date :

Signature du responsable légal :

Signature du jeune :

Cadre réservé à l'administration

Date d'inscription :

Date d'adhésion :

Quotient familial : 1 (<600) 2 (>600)

Tarif : 1 2 3