



# FICHE SANITAIRE de LIAISON - ACCUEIL ADOS de ROBION

## 1-LE JEUNE

NOM:.....

PRENOM:.....

Date de naissance:.....

N° tel du jeune: .....

Garçon  Fille  Poids : Taille:

## 2-PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom et Prénom:.....

N° Portable :.....

lien avec le jeune:.....

## 3-REPRESENTANTS LEGAUX DE L'ENFANT:

Parents ou autre (préciser) :

Nom(s) Prénom(s):.....

Adresse:.....

.....

N° tel .....

Adresse mail .....@.....

## 4-PERSONNES AUTORISEES

à récupérer votre enfant à l'accueil ados

Nom Prénom:.....

Nom Prénom:.....

Nom Prénom:.....

## 5-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

**MEDICAMENTS:** L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil adolescents ou le séjour ?

NON  OUI

Si oui: remettre l'ordonnance et les médicaments correspondants dans leur emballage à la responsable.

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

**MALADIES:** A titre indicatif,votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES:** Précisez la cause de l'allergie,les signes évocateurs et la conduite à tenir

MEDICAMENTS OUI  NON  .....

ALIMENTAIRES OUI  NON  .....

AUTRES OUI  NON  .....

**ASTHME:** OUI  NON

**P.A.I: Projet d'Accueil Individualisé** OUI  NON

si oui: Joindre le protocole et toutes les informations utiles:.....

### Renseignements complémentaires

votre enfant est il en situation de handicap et bénéficie t-il de l'Aeeh

S'il sagit d'une fille, est-elle réglée ? OUI  NON

NOM et TEL du médecin traitant (facultatif):.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

### 5- VACCINATIONS

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

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION**

Vaccins OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 COMPLEMENTAIRES

( à renseigner obligatoirement )

**Votre enfant porte-t-il :**

des lunettes	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
des lentilles	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
des prothèses auditives	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
des prothèses ou appareil dentaire	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

**Au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant**

AUTRES RECOMMANDATIONS: (qualité de peau, crème solaire)

.....  
 .....

### 7- AUTORISATIONS

*J'autorise mon enfant à participer aux activités éducatives organisées dans le cadre de l'accueil ados 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 la mairie de Robion à photographier ou filmer mon enfant et à utiliser ces images pour différents supports de communication.* OUI NON

*J'autorise mon enfant à partir seul de la structure à la fermeture .* OUI NON

*J'autorise mon enfant à partir et revenir à l'accueil ados quand il le souhaite (en dehors des heures d'activités: 10h30-12h et 14h-16h).* OUI NON

*Je soussigné(e),.....  
 responsable légal de l'enfant.....*

*déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur  
 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 santé de mon enfant;  
 Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence  
 seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

*J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

date :

Signature du responsable légal

Signature du jeune

cadre réservé à l'administration				
date inscription	quotient	1 <600	2 >600	
date paiement cotisation	tarif	1	2	3