



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"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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 s'agit 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