



FICHE SANITAIRE de LIAISON - ACCUEIL ADOS de ROBION

1/ LE JEUNE

NOM:.....

PRENOM:.....

Date de naissance:.....

N° tel du jeune:

Garçon ☐ Fille ☐ Poids : Taille: Pointure:

2/PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom et Prénom:.....

N° Portable :.....

lien avec le jeune:.....

3/REPRESENTANTS LEGAUX DE L'ENFANT:

PARENT 1

PARENT 2

Nom Prénom

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

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:

MEDICAMENTS:

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil adolescents ou le séjour ? OUI ☐ NON ☐

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

MALADIES:

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

INDIQUEZ CI-APRÈS :

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? OUI ☐ NON ☐

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

OUI ☐ NON ☐

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

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ

(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

en précisant les dates et les précautions à prendre:

.....

.....

6/VACCINATIONS

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION

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

7/ INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

(à renseigner obligatoirement)

Votre enfant porte-t-il : des lunettes OUI ☐ NON ☐

des lentilles OUI ☐ NON ☐

des prothèses auditives OUI ☐ NON ☐

des prothèses ou appareil dentaire OUI ☐ NON ☐

Au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

N° de sécurité sociale :

JOINDRE UNE ATTESTATION D'ATTESTATION D'ASSURANCE

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 maîtres-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.

date :

Signature du responsable légal

Signature du jeune

Cadre réservé à l'administration				
date	quotient	1<600	2	2>600
	tarif	1	2	3