

Service Animation Jeunesse

PHOTO



(cadre réservé à l'administration)

N° carte :

Date :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

Port. :

E.mail :@.....

2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Situation des parents : • Mariés • Vivent maritalement • Séparés • Divorcés • Veuf

PÈRE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. Dom. : Port. :

Tél. Bureau :

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) :

MÈRE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. Dom. : Port. :

Tél. Bureau :

Autres personnes à prévenir (Nom et n° de téléphone) :

Merci de veiller à bien remplir cette rubrique afin de vous joindre le plus rapidement possible.

N° de sécurité sociale : Nom de la Mutuelle :

Adresse de la Mutuelle : tél. :

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles de contact, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,... ?

Précisez :

Votre enfant mange-t-il du porc ? Oui Non Votre enfant suit-il un régime particulier ? Oui Non

(végétarien, autre...) :

Votre fille est-elle réglée ? Oui Non Votre enfant sait-il nager ? Oui Non
(Si oui, fournir Brevet 25m)

Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul du SAJ : • de jour Oui Non • de nuit Oui Non

Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul de la gare : • de jour Oui Non • de nuit Oui Non

Je soussigné(e) M. ou Mme

• Accepte que mon enfant soit filmé ou photographié et que l'équipe d'animation du Service Jeunesse utilise les documents dans un but non lucratif et non privé.

• Accepte que les photographies soient utilisées par le Service communication de la mairie

- pour le bulletin municipal - pour le site internet - pour la presse locale
(journaux hebdomadaires, quotidiens).

4 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				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.

5 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ALLERGIES : Asthme Oui Non Médicamenteuses Oui Non
 Alimentaires Oui Non Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation du Service Jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :