

## Fiche Sanitaire de liaison

Votre enfant est-il à jour dans ses vaccins ? (Fournir une photocopie du carnet de santé)

Oui  Non

Vaccins	Oui	Non	Dates des derniers rappels
DT Polio ou Tétracoq			
BCG			
Hépatite B			
ROR			
Coqueluche			
Autre(s)			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

### **Renseignements médicaux concernant l'enfant**

Votre enfant suit-il un traitement médical ? Oui  Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Maladie	Oui	Non	Maladie	Oui	Non
Rubéole			Otite		
Varicelle			Rougeole		
Angine			Oreillons		
Scarlatine			Rhumatisme articulaire aigu		
Coqueluche					

Votre enfant a-t-il des allergies ? Oui  Non

Si oui précisez lesquelles ?

Allergie	Oui	Non	Précisez
Asthme			
Alimentaires			
Médicamenteuses			
Autres			

Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'accueil individualisé) ? Oui  Non

Si oui joindre la photocopie et toutes les informations utiles

### **Indiqués toutes autres informations concernant les difficultés de santé de votre enfant.**

(Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) et préciser les précautions à prendre.

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

### **Informations complémentaires**

Indiquez si votre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses ou appareil dentaire...

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

Je soussigné (e),....., 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 service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :



## LE JEUNE

NOM : ..... DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

PRENOM : ..... LIEU : .....

## PERSONNE(S) AYANT AUTORITE PARENTALE

NOM/PRENOM : .....

ADRESSE : .....

Téléphone domicile :

..... Portable : .....

Email : .....

Téléphone travail : .....

NOM/PRENOM : .....

ADRESSE : .....

Téléphone domicile : ..... Portable : .....

Téléphone travail : .....

## AUTRE(S) PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM/PRENOM : .....

Téléphone domicile : ..... Portable : .....

## RENSEIGNEMENTS

N° de sécurité sociale (auquel votre enfant est affilié) : .....

Allocataire :  Caf  MSA  Autres

Quotient familial :

Nom et adresse de votre compagnie d'assurance responsabilité civile :

## AUTORISATIONS

Le jeune est-il autorisé à quitter seul notre structure ? **Oui**  **Non**

**J'autorise** mon enfant à être transporté par un tiers (animateurs, chauffeur de car) dans le cadre des activités et des séjours de l'espace jeunes.

**J'autorise** la ville de Plouay à utiliser les photos prise du jeune pour la communication sur les activités Enfance-Jeunesse.

**Je certifie** que mon enfant est en bonne santé et n'a pas de contre-indication à la pratique d'activités sportives et de plein air.

**Je l'autorise** à fréquenter le foyer des Jeunes les mercredis de 14h à 18h.

**Je l'autorise** à naviguer sur le web, à aller sur les sites de messageries instantanées et réseau sociaux (Facebook).

**J'autorise** les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

**Je déclare** qu'il est couvert par une responsabilité civile individuelle ou familiale.

**Je m'engage** à verser une cotisation de 2 euros pour l'adhésion annuelle.

## REGLEMENT INTERIEUR

**Je certifie** avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter :

Signature du jeune

Signature du responsable légal

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal du jeune  
.....certifie avoir pris connaissance des modalités  
de fonctionnement de l'espace jeunes et déclare exacts les renseignements  
portés sur cette fiche.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signatures