

RESPONSABLES LEGAUX

| NOM ET PRENOM | QUALITE | Profession | TEL portable et domicile | TEL travail | Adresse mail | Régime général oui? Autre ? Sécurité sociale ? |
|---------------|---------|------------|--------------------------|-------------|--------------|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

En cas de séparation/divorce ou autre, qui a la garde?.....
 (Fournir la décision de justice ou tout autre document justifiant l'autorité parentale)

En cas d'indisponibilité des représentants légaux, personnes à contacter en cas d'urgence et étant habilitées à récupérer l'enfant :

| NOM ET PRENOM | QUALITE | TEL portable et domicile | TEL travail |
|---------------|---------|--------------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Enfant autoriser à rentrer seul* ? oui Non

(*A partir de 10 ans, voir règlement de fonctionnement du Service Enfance Jeunesse)

Je soussigné(e)....., déclare sur l'honneur avoir le plein exercice de **l'autorité parentale**, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'utilisation par le service enfance jeunesse de la mairie de Servon, pour sa communication ou sa documentation, des photos prises lors des animations sur lesquelles pourrait figurer mon enfant.

Date :

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 11/17 ANS

SERVICE ENFANCE/JEUNESSE DE  Servon

Espace Jeunes de Servon
15 rue de la poste
77170 SERVON

ANNEE 2018-2019 (valable du 01/09/2018 au 31/08/2019)



L'ENFANT

NOM : PRENOM:.....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

AGE : CLASSE :

GARCON :

FILLE :

DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER :

- Attestation d'assurance 2018/2019
- Récépissé d'acceptation du règlement de fonctionnement

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats médicaux de vaccination de l'enfant - **pas de photocopie**)

| VACCINS OBLIGATOIRES | | | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| | oui | non | | | |
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio Ou Tétracoq | | | | Autres (préciser) | |
| Monotest | | | | | |

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)

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ | SCARLATINE |
|-----|---------|-----------|--------|-----------------------------|------------|
| oui | | | | | |
| non | | | | | |

| | COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS |
|-----|------------|-------|----------|-----------|
| oui | | | | |
| non | | | | |

ALLERGIES :

| | ASTHME | MEDICAMENTEUSES | ALIMENTAIRES |
|-----|--------|-----------------|--------------|
| oui | | | |
| non | | | |

AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non

(Joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

Groupe sanguin :.....

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses ou appareil dentaire, etc... ?

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

Repas : régime particulier

.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM.....

ADRESSE.....

TÉL PORTABLE/DOMICILE : TRAVAIL :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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 un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :