

FICHE SANITAIRE DE LIAISON du au

ESPACES JEUNES SERVICE ENFANCE/JEUNESSE DE



L'ENFANT

NOM : PRENOM :
DATE ET LIEU DE NAISSANCE :
CLASSE : GARCON ☐ FILLE ☐
NUMERO DE SECURITE SOCIALE :
NUMERO DE TELEPHONE DU JEUNE :

☐ PARENT 1 <i>Responsable légal de l'enfant</i>	☐ PARENT 2 <i>Responsable légal de l'enfant</i>
NOM ET PRENOM..... EMAIL TEL.....	NOM ET PRENOM..... EMAIL TEL.....
ADRESSE.....	ADRESSE.....
EMPLOYEUR.....	EMPLOYEUR.....

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	TEL

AUTORISATIONS

- ☐ De rentrer seul (entre 9h et 19h) ☐ De rentrer seul après 19h (à la suite d'une sortie ou d'une soirée)
☐ De transports ☐ D'activités sportives
☐ D'utilisation par la mairie de Servon, pour sa communication ou sa documentation, des photos prises sur le temps de présence du jeune à l'espace jeune
☐ D'utilisation des informations de contacts par le service enfance jeunesse pour communiquer sur nos diverses activités
☐ D'utilisation du numéro de téléphone portable du jeune par le service enfance jeunesse pour communiquer sur nos diverses activités

☐ J'atteste avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'espace jeunes.

DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER :

- Attestation d'assurance en cours
- Brevet de natation (facultatif)
- Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois

Date :

Signature :



NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats médicaux de vaccination de l'enfant)
PAS DE PHOTOCOPIE

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Méningocoque C	
Poliomyélite				Hépatite B	
Tétanos				Coqueluche	
				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Pneumocoque	
				Haemophilus influenza de type B	
				Autres	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE 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).

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes? (barrer la mention inutile)

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

ALLERGIES :

	ASTHME	MEDICAMENTEUSES	ALIMENTAIRES	AUTRES
oui				
non				

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à 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, opération, rééducation) **en précisant les précautions à prendre, et ou les protocoles en vigueur.**

.....
.....

Groupe sanguin :

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

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

.....

Type de repas :

Nom et tel du médecin traitant.....

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 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 : examens, investigations et interventions, y compris anesthésie générale.

Date : Signature :