

FICHE SANITAIRE DE LIAISON De janvier 2018 à décembre 2018	NOM :
	PRÉNOM :
	DATE DE NAISSANCE :/...../.....
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de loisirs.
Elle sera transmise à l'équipe de secours en cas d'urgence.

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune et en joindre une copie)

	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Vaccins obligatoires : DT polio Ou Tétracocq *			
Autres :			

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil ? 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**).

Attention : **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

- 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	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <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	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

- L'enfant a-t-il déjà eu des **allergies** ?

	Oui	Non	Précisez la nature de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication : le signaler)
Asthme			
Allergies alimentaires			
Allergies médicamenteuses			
Autres allergies			

Indiquez les **problèmes de santé** (maladie, accident, crises convulsives, opération, intolérance, etc), les **contre-indications** ou toute autre information qu'il vous semble utile de signaler, en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....

Nom et téléphone du médecin traitant :

RESPONSABLE DU JEUNE

Je soussigné(e),

Nom Prénom : **Téléphones** :

responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant : appeler les secours, suivre les directives de l'équipe de secours et/ou médicale (hospitalisation, intervention chirurgicale, transfusion sanguine ...).

Date :

Signatures du(es) responsable(s) légal(ux) :

AUTORISATIONS

1- J'autorise l'organisateur à :

- Avancer les frais éventuels de soins et m'engage à les rembourser au plus tôt
- Transporter mon enfant par les moyens jugés nécessaires en véhicule de service et de location
- Diffuser les photos et vidéos sur lesquelles apparaît mon enfant pour la promotion des activités du service jeunesse (flyers, site internet, réseaux sociaux etc...) **oui** **non**
- Laisser mon enfant partir seul après l'activité **oui** **non** :
 - Sur toutes les communes **oui** **non**
 - Uniquement sur la (les) commune(s) suivante(s) :

2- J'autorise la ou les personnes suivantes à récupérer mon enfant après l'activité :

Nom : Prénom : Tel : /... /... /... /...

Nom : Prénom : Tel : /... /... /... /...

Nom : Prénom : Tel : /... /... /... /...

Le responsable légal :

- Je déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier.
- Je m'engage à signaler tout changement dans les informations transmises à ce jour
- Je déclare avoir souscrit une assurance de responsabilité civile extrascolaire pour mon enfant.
- Je déclare avoir pris connaissance du projet de fonctionnement et du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs Ados du Service jeunesse de la Communauté de communes Provence Verdon et j'en accepte pleinement les conditions. Ces documents sont téléchargeables sur le site www.provenceverdon.fr ou disponible à la demande de chacun.

Nom, Prénom :

Le : à

Signature obligatoire précédée de la mention « lu et approuvé » :

Le jeune :

Je déclare avoir pris connaissance du projet de fonctionnement et du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs Ados du Service jeunesse de la Communauté de communes Provence Verdon et j'en accepte pleinement les conditions.

Nom, Prénom :

Le : à

Signature obligatoire précédée de la mention « lu et approuvé » :