



Jeune (Nom et Prénom) :

Né(e) le :

FICHE SANITAIRE de LIAISON 2024-2025

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour les accueils collectifs de mineurs. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations ou joindre photocopie du carnet de santé)

Table with 6 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, Oui, Non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétra coq, Coqueluche, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Autres (préciser), BCG.

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? [] Oui [] Non

LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES ALLERGIES / INTOLERANCES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

Table for allergies: ALLERGIES: ASTHME, ALIMENTAIRES, MEDICAMENTEUSES, AUTRES (animaux, plantes, pollen). Each row has [] Oui and [] Non options.

PAI déjà en place : [] OUI

Si oui, fournir une copie du PAI. Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être remis au responsable jeunesse de l'accueil s'assurant, au préalable, de la validité des médicaments fournis.

INTOLERANCES précisez) :

REGIMES PARTICULIERS (sans porc, sans sel,) :

Si oui, précisez la cause de l'allergie ou de l'intolérance, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (Informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? [] Oui [] Non

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Table with 5 columns: Rubéole, Varicelle, Angine, Rhumatisme Articulaire aigu, Scarlatine. Each cell contains [] Oui [] Non. A second row includes Coqueluche, Otite, Rougeole, Oreillons.

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

4- RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

CP : VILLE :

TEL DOMICILE (Père) : TEL. TRAVAIL : TEL PORTABLE :

TEL DOMICILE (Mère) : TEL. TRAVAIL : TEL PORTABLE :

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant).....(Obligatoire)

PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE MON ENFANT ET A CONTACTER EN CAS D'URGENCE
autre que le(s) responsable(s) légal (aux)

Nom et prénom	Lien de parenté	Téléphone	Adresse

Nous ne pourrons confier l'enfant à d'autres personnes que celles inscrites dans le tableau ci-dessus. Si occasionnellement une autre personne vient chercher l'enfant, le personnel devra être averti par la famille et une autorisation écrite devra être fournie accompagnée d'une pièce d'identité.

AUTORISATION PARENTALE

Autorisation de sortie	Journée	Soirée
Accueil libre (le jeune est libre de ses déplacements)		
Autorisé à rentrer seul (à partir de 17h et /ou 22h30)		
Un adulte viendra le chercher		

En cas d'urgence médicale (maladie grave, vomissements suspects, accident grave ou bénin, malaise bénin) si je ne peux être joint à mon domicile ou sur mon lieu de travail :

J'autorise/je n'autorise pas* le responsable de l'accueil à faire examiner mon enfant par le médecin le plus proche, à prendre toutes les mesures nécessaires pour faire transporter mon enfant vers l'hôpital et/ou clinique le plus proche, à pratiquer tous les soins, interventions, actes chirurgicaux et anesthésie nécessités par l'état de santé de mon enfant.

** rayer la mention inutile*

Je m'engage à rembourser les frais médicaux engagés par la Municipalité (les justificatifs vous seront fournis en retour).

Veillez préciser l'endroit choisi : CHU Clinique.....

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du Service Animation (sauf contre-indication médicale) permises par la réglementation en vigueur, y compris en camping (cocher la case correspondante) :

- Activités physiques (individuelle et collective)
- Activités nautiques (kayak, voile, catamaran, ...)
- Activités aquatiques (piscine, centre aquatique, sortie à la mer, ...)

J'autorise mon enfant à effectuer des déplacements (cocher la case correspondante) :

- À pied
- À vélo En minibus
- En bus En voiture (à bord d'un véhicule personnel de l'équipe pédagogique)

J'autorise/je n'autorise pas* mon enfant à être photographié, filmé ou enregistré durant les activités de loisirs proposées par la commune. Les photographies, films pourront être utilisés pour des expositions, illustrations de plaquettes et autres supports de communication propres à la commune (site de la CDC, ...).

** rayer la mention inutile*

<i>Pièces à joindre au dossier :</i>	<i>- photocopie de l'attestation d'assurance - photocopie du carnet de vaccination (si vous n'avez pas complété le tableau ci-dessus)</i>
--------------------------------------	---

RAPPEL

La responsabilité de la Municipalité n'est pas engagée en cas d'accident qui surviendrait en dehors des heures d'activités proposées. De plus, dès que votre enfant est inscrit à l'un des accueils, il est sous la responsabilité de l'équipe pédagogique. Si le comportement de votre enfant n'est pas correct envers les autres enfants ou l'équipe pédagogique cette dernière peut prendre la décision d'exclure

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Fait àle :/...../.....

Signature du responsable légal :