



<h1>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	<p>1 - ENFANT</p> <p>NOM :</p> <p>PRÉNOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
---	---

Accueil de loisirs : Centre Social intercommunal La Fédé



CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **Pas de photocopies.**

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

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

3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

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

5 - FONCTIONNEMENT DES ESPACES JEUNES

LES ESPACES JEUNES SONT OUVERTS AUX JEUNES ÂGÉS DE 10 À 17 ANS.

L'AUTONOMIE DES JEUNES FAIT PARTIE DE NOS OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES.

DE CE FAIT, L'ACCÈS AUX ESPACES JEUNES ORGANISÉS PAR LE CENTRE SOCIAL INTERCOMMUNAL LA FÉDÉ EST LIBRE, C'EST-À-DIRE, QUE VOTRE ENFANT EST SOUS NOTRE RESPONSABILITÉ LORSQU'IL EST PRÉSENT DANS L'ENCEINTE DE L'ESPACE JEUNES, MAIS EST LIBRE D'ALLER ET VENIR.

NOUS DEMANDERONS AU JEUNE FRÉQUENTANT L'ESPACE JEUNES, DE S'ACQUITTER D'UNE COTISATION ANNUELLE (ANNÉE CIVILE) DE 5€, VALABLE POUR TOUTE LA FAMILLE SUR LES ACTIVITÉS ORGANISÉES PAR LA FÉDÉ.

6 - DROIT À L'IMAGE

J'AUTORISE LA STRUCTURE À FILMER ET PRENDRE DES PHOTOS DE MON ENFANT ET À LES DIFFUSER, NOTAMMENT DANS LA PRESSE LOCALE, FACEBOOK, SITES INTERNET DES COMMUNES ET DE LA FÉDÉ, BULLETINS MUNICIPAUX DES COMMUNES.

oui non

7 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM/PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE DOMICILE (ET PORTABLE-S) :

TÉL. BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e) responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je déclare également avoir pris connaissance du fonctionnement des Espaces Jeunes.

Date :

Signature :