



ACCUEILS DE LOISIRS – ESPACE JEUNES*

(Cocher l'accueil de loisirs ou l'espace jeunes concerné)

- AMILLY BAILLEAU-L'EVÊQUE DAMMARIE*
 JOUY* MORANCEZ SAINT-GEORGES-SUR-EURE*
 SAINT PREST SOURS* ADOLESCENT



(DOCUMENT A COMPLETER EN MAJUSCULES)

Nom de l'enfant : Ecole/Collège/Lycée :
 Prénom de l'enfant : Classe :
 Sexe : Féminin Masculin Date de naissance : | | | | | | | | | | | | | | | |
 Nage t-il : Oui Non Brevet Natation. : Oui Non

Médecin traitant :
 Certificat médical (en cours) : Oui Non Autorisation d'intervention médicale : Oui Non

Demande de PAI : Oui Non (Repas spécifiques en cas d'allergies, enfant atteint de handicap....)

Bus départ : **Bus retour :**

Espace jeunes : L'adolescent rentre-t-il seul ? Oui Non

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant

Mail :@.....

MERE / PERE / RESPONSABLE LEGAL (rayer les mentions inutiles) :

Nom : **Prénom :** **Né le :**
 Adresse :
 Code postal : | | | | | | Ville :
 Tél. Domicile : | | | | | | | | | | | | | | | | Tél. Professionnel : | | | | | | | | | | | | | | | |
 Tél. Portable : | | | | | | | | | | | | | | | |
 N° de sécu : | | | | | | | | | | | | | | | | Clé : | | | | Centre de sécu :
 Employeur : Profession :
 CAF : N° CAF : Autre Régime : N° :
 Quotient :
 Sous tutelle financière : Organisme de tutelle :

MERE / PERE / RESPONSABLE LEGAL (rayer les mentions inutiles) :

Nom : **Prénom :** **Né le :**
 Adresse :
 Code postal : | | | | | | Ville : Quartier :
 Tél. Domicile : | | | | | | | | | | | | | | | | Tél. Professionnel : | | | | | | | | | | | | | | | |
 Tél. Portable : | | | | | | | | | | | | | | | |
 N° de sécu : | | | | | | | | | | | | | | | | Clé : | | | | Centre de sécu :
 Employeur : Profession :

Observations (Régime particulier, ...) :

Je soussigné(e) : déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.
J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des centres.

Fait à :, le : | | | | | | | | | | | | | | | | Signature(s) :

Pièces à joindre :

- Photocopie avis d'imposition
- Photocopie prestations CAF ou MSA



**FICHE
SANITAIRE
DE LIAISON**

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant/du jeune).

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

SI L'ENFANT/LE JEUNE 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 MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant/Le jeune suit-il un traitement médical pendant sa présence à la structure ou 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.

A titre indicatif L'ENFANT/LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

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

3 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT/JEUNE PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

4 - AUTORISATIONS

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

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

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

5 - RESPONSABLE DE / DU L'ENFANT / JEUNE

NOM PRÉNOM

ADRESSE

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

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

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant/du jeune, 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(s):