

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
Ou Tétracoq			

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical? non oui Lequel ? _____

Si oui, merci de fournir une ordonnance, dans le cas où le jeune est obligé de prendre ses médicaments pendant les heures d'activité.

ALLERGIES : ASTHME oui non ALIMENTAIRES oui non MEDICAMENTEUSES oui non AUTRES _____ .

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

Indiquez aussi les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre ; ainsi que les recommandations particulières (lunettes, prothèses, etc) :

MÉDECIN

Nom : _____ Tél. : _____ Ville : _____

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

À _____, le _____, Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :



FICHE de RENSEIGNEMENTS

Jeune :

Nom du jeune : Prénom :

Date de naissance : Lieu :

Parents (ou responsable légal) :

	PERE	MERE
Nom et prénom		
Adresse		
Téléphone domicile*		
Téléphone portable*		
Téléphone travail*		
Courriel		

*Merci d'indiquer par des numéros de 1 à 6 l'ordre de priorité pour téléphoner en cas d'urgence (1 étant le numéro à appeler en premier)

Préciser si l'enfant vit chez : son père sa mère un tuteur

Personnes à prévenir en cas d'urgence (autre que les responsables) :

Nom-prénom : Tél. :

Nom-prénom : Tél. :

Administratif :

N°CAF ou MSA :

N° de sécurité social de l'allocataire :

Communication

Je souhaite recevoir les programmes et les informations (exceptionnelles) de l'espace Jeunes ⁽¹⁾:

Par courrier

Par mail :

Je préfère consulter le programme sur le site de la mairie <http://www.mauvessurloire.fr> ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Tous seront envoyés ou consultables le mardi, 12 jours avant le début des vacances et affichés sur le panneau extérieur de la mairie.