

FICHE DE LIAISON Club ados



Nom/Prénom de l'enfant

Date de naissance :

Adresse de l'enfant :

Numéro de portable du jeune :.....

PERSONNES AYANT EN CHARGE L'ENFANT

- **Mère** : Nom/Prénom :
- Adresse (si différente de celle de l'enfant) :
- Code postal : Ville :
- Tel fixe : Tel portable : Tel travail :
- Adresse mail :
- **Père** : Nom/Prénom :
- Adresse (si différente de celle de l'enfant) :
- Code postal : Ville :
- Tel fixe : Tel portable : Tel travail :
- Adresse mail :

AUTORISATIONS PARENTALES DIVERSES

Autorisation médicale

J'autorise tout médecin à intervenir en cas d'urgence et si nécessaire sous anesthésie
OUI () NON ()

Autorisation sportive

J'autorise mon enfant à pratiquer des activités physiques et sportives
OUI () NON ()

Autorisation de déplacement

J'autorise mon enfant à participer à des sorties :

en bus OUI () NON () minibus 9 places de la collectivité OUI () NON () véhicule personnel de l'animateur OUI () NON () véhicule de parents pour covoiturage OUI () NON ()

Autorisation de décharge de photo

J'autorise l'utilisation et la diffusion des photographies ou vidéos pour l'ensemble des publications ou expositions de la collectivité OUI () NON ()

Autorisation pour parution dans la presse et des deux communes OUI () NON ()

Autorisation de sortie

J'autorise mon enfant à rentrer seul après les activités du club ados OUI () NON ()

Autres personnes autorisées à venir chercher les enfants : Nom : Prénom :

Signature du responsable légal, précédée de la mention « bon pour autorisation »

Fait à

Le.....

Signatures :

FICHE SANITAIRE
Club ados PARNE / FORCE

CERFA N° 85-0233

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre jeune.

I. Ados NOM : PRENOM :
SEXES GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant **ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé**)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	___/___/___
Du DT coq	___/___/___
Du Tétracoq	___/___/___
D'une prise polio RAPPELS	___/___/___
	___/___/___

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES	DATES
1 ^{er} VACCIN	___/___/___	1 ^{er} RAPPEL	___/___/___	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	___/___/___
.....	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... | ___/___/___
..... | ___/___/___

IV. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Alimentation : Normal Végétarien Sans porc Sans poisson

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non oui

SI OUI, LEQUEL ?
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.

VOTRE ENFANT PORTE -T-IL ?

Des lunettes
Des lentilles
Des prothèses dentaires
Des prothèses auditives

VOTRE ENFANT SAIT IL NAGER ?

Oui Non
Si oui, merci de nous fournir une copie de l'attestation d'aisance aquatique.

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? Oui Non

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :
ADRESSE :
.....

NUMEROS DE TELEPHONE :

Mère : Domicile : Père : Domicile :
Portable : Portable :
Travail : Travail :

MEDEDIN TRAITANT:

Nom.....
Adresse.....
Numéro de téléphone.....

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service jeunesse, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :