

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Enfant : Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____

Accueil: Espace Ados

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Dernier rappel		Vaccins recommandés	Date	
	oui	non		oui	non
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole		
Poliomyélite			Coqueluche		
ou DT polio			Autres (préciser)		
ou Tétracoq			B.C.G.		

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux:

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention: aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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	

Allergies : Médicamenteuses oui non Asthme oui non

Alimentaires oui non Autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles:

L'enfant sait-il nager ? Oui Non

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?
Régime alimentaire particulier :

IV - Responsable légal de l'enfant:

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : Père : travail : portable :

Mère : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant

Je soussigné,responsable légal 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.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE

Objet : Autorisation de publication de photographies

Je soussigné

Adresse....., autorise par la présente l'organisateur de l'Espace Ados, Mairie RINXENT, rue du Général de Gaulle 62720 RINXENT.

Représenté par sa directrice à diffuser les photographies prises lors de l'Espace Ados sur lesquelles figure mon fils / ma fille.....

Cette autorisation est valable :

- Pour l'édition de documents de nature pédagogique journal interne externe.
- Dans le cadre de photos, de blog, de page Facebook, du site Ville de Rinxent....
- De la rétrospective de l'année pendant la cérémonie des Vœux.

Cette autorisation est valable pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment.

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e),autorise oui non

Mon fils / ma fille (Nom de l'enfant) :

A quitter seul(e) l'Espace Ados à 18 heures, horaire de fin d'activités.

Fait à RINXENT le:

La Responsable de l'Espace Ados

Signature du tuteur légal :

Julie Arnoux