



Fiche sanitaire

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Lieu de naissance : _____

Collège

Lycée

Fille

Garçon

REGIME ALIMENTAIRE

Sans porc Oui Non

Sans viande Oui Non

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS ou ADMINISTRE SANS ORDONNANCE

Traitement Médical Oui Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice marquée au nom de l'enfant)

Difficulté de santé Oui Non

Si oui, précisez (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en mentionnant les dates et les précautions à prendre

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES :

Asthme OUI NON

Alimentaire OUI NON Si oui précisez laquelle, voir nous donner le protocole : _____

Médicamenteuse OUI NON Si oui précisez laquelle : _____

AUTRES OUI NON Précisez : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) : _____

Numéro de sécurité social : _____

Nom du médecin traitant : _____

Adresse du médecin : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

PARENTS

1^{er} RESPONSABLE LEGAL

Nom – Prénom : _____

Adresse : _____

Tél dom : _____

Travail : _____

Portable : _____

Profession : _____

2^{ème} RESPONSABLE LEGAL

Nom – Prénom : _____

Adresse si différente : _____

Tél dom : _____

Travail : _____

Portable : _____

Profession : _____

En cas de séparation, précisez qui exerce la garde de l'enfant* :

JEUNE

Numéro téléphone portable :

Adresse mail :

AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné(e), M. " Mme " (Nom/Prénom)

Responsable de l'enfant :

- ✓ Certifie que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires en collectivité.
- ✓ Autorise les responsables de la maison des ados à faire mettre en œuvre, en cas d'urgence, des traitements et interventions qui peuvent être reconnus médicalement nécessaires et à faire transporter mon enfant au service d'urgences.
- ✓ Autorise mon enfant à être transporté pour les besoins des activités, par des moyens de transport collectifs.
- ✓ Autorise l'équipe d'animation à administrer les traitements prescrits par les ordonnances dont il leur est communiqué un exemplaire.
- ✓ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées dans le cadre du projet pédagogique de la Commune.
- ✓ Autorise le personnel du service ados à filmer, photographier, enregistrer mon enfant lors des activités, et reproduire, publier, diffuser et exploiter librement les images ainsi réalisées sur les supports municipaux de communication (Site internet de la mairie : <http://www.noailles60.fr>, Page Facebook de la mairie et du service ados, Chaîne Youtube de la commune, Journal municipal : « L'info Noillaise ») pour une durée maximale de 5 ans.

Je certifie pour exacts les renseignements figurant sur cette fiche sanitaire et m'engage à signaler tout changement le plus rapidement possible aux responsables du Centre de Loisirs.

Signature des parents
(Suivie des mentions « lu et approuvé »)