



# FICHE SANITAIRE SERVICE ENFANCE-JEUNESSE

Restaurant scolaire, périscolaire, centre de loisirs, passerelle, barak' ados

Année 2022-2023

## VOTRE ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Age : .....

Classe : ..... Établissement scolaire : .....

## RESPONSABLES LEGAUX

*À prévenir en priorité*

Responsable légal 1 :

Responsable légal 2 :

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

.....

.....

Portable : .....

Portable : .....

Fixe/travail\* : .....

Fixe/travail\* : .....

Mail : .....

Mail : .....

*\*Rayer la mention inutile*

Personnes à appeler en cas d'absence des responsables légaux :

Nom Prénom : .....

Nom Prénom : .....

Téléphone : .....

Téléphone : .....

Lien de parenté : .....

Lien de parenté : .....

## DROITS A L'IMAGE

Je soussigné ..... responsable légal de .....

Autorise

N'autorise pas

les animateurs à prendre des photos de mon enfant au cours des moments de vie quotidienne, des activités et des sorties. Je prends note que ces photos utilisées seront utilisées lors des activités de mon enfant (expo, ...) ou utilisées pour agrémenter la diffusion d'informations aux familles (presse, bulletin communal ...).

En aucun cas, les photos ne seront utilisées sur les réseaux sociaux ou diffusées dans un but commercial.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccins	Date des derniers rappels (Carnet de santé)	Vaccins	Date des derniers rappels (Carnet de santé)
Diptérie, tétanos, poliomyélite coqueluche, Haemophilus influenzae b*		ROR (Rougeole, Oreillons ; Rubéole)	
Hépatite B		Méningocoque C	
Infections invasives à pneumocoque		Autres vaccinations :	

Médecin traitant et téléphone : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

L'enfant suit-il un traitement médical ?       Oui       Non

Si oui, lequel ? .....

Le jeune est-il hémophile ? : Oui  Non

Asthmatique ? : Oui  Non

Si oui, merci de joindre un certificat médical.

Le jeune souffre-t-il d'allergies : ?

Médicamenteuses :  Oui  Non

Alimentaires :  Oui  Non

Autres :  Oui  Non

\*Votre enfant fait-il l'objet d'un Projet d'Accueil Individualisé ?  Oui  Non

\*Votre enfant fait-il l'objet d'une notification MDPH ?  Oui  Non

**\* Si oui merci de bien vouloir nous fournir les documents.**

Informations complémentaires (lunettes, appareil dentaires, prothèses, ...) :

.....

Renseignements de santé :

Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation ...

.....

.....

.....

Je soussigné ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les personnes responsables à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à CORCOUE-SUR-LOGNE, le .....

SIGNATURE