



fiche d'inscription *secteur jeunes 2020*

Nom :
Né(e) le
Adresse :

Prénom :
à

Tél :

Snapchat :

Père

Nom :
Prénom :
Tél :
E-mail :

Mère

Nom :
Prénom :
Tél :
E-mail :

J'autorise mon enfant :

- ☐ à se rendre aux accueils libres de la maison de quartier Louise Michel
- ☐ à quitter l'accueil avant la fermeture de la maison de quartier Louise Michel
- ☐ à utiliser les transports dans le cadre des activités (minibus, car/bus...)
- ☐ à la diffusion de photos et ou vidéos de mon enfant sur les supports de communication de la ville

Cadre réservé à l'administration

Quotient familial :
Carnet de santé :
Assurance responsabilité civile :



FICHE SANITAIRE
DE LIAISON
2020

1 – ENFANT

NOM: _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

GARÇON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant : elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **Attention:** le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

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). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
oui non	oui non	oui non	oui non	

Allergies: **ASTHME** oui non **ALIMENTAIRES** oui non **MEDICAMENTEUSES** oui non
AUTRES _____

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

En cas de régime alimentaire, précisez :

☐ SANS VIANDE

☐ SANS PORC

Indiquez ci-après:

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

Recommandations utiles des parents:

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

BAIGNADE : S'AUT NAGER ☐ SE DEBROUILLE ☐ NE S'AUT PAS NAGER ☐

Observations diverses :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

ADRESSE

PRÉNOM

Números de téléphone :

Mère : domicile :

portable :

travail :

Père : domicile :

portable :

travail :

Je soussigné(e), 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom: _____

Tél : _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

Date : _____ Signature: _____