

ANNEXE 1

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SERVICE JEUNESSE

⚠ JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE PHOTOCOPIE DU VOLET VACCINATIONS DU CARNET DE SANTÉ ⚠

1 - ENFANT

NOM : PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE : CLASSE :
 GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES DURANT LA PRESENCE DE VOTRE ENFANT A L'UNE OU L'AUTRE DES ACTIVITES DU SERVICE JEUNESSE. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

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** durant sa participation aux A.L.S.H. ? 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 ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> - NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> - NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> - NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> - NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> - NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> - NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> - NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> - NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> - NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI - NON MÉDICAMENTEUSES OUI - NON
 ALIMENTAIRES OUI - NON AUTRES.....

Si allergie(s) alimentaire(s), précisez : Repas sans poisson - Repas sans œuf :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

5 – RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

PERE - Responsable légal : OUI - NON

NOM PRÉNOM.....

ADRESSE

.....

MAIL :

 DOMICILE : BUREAU : PORTABLE :

Date naissance : Profession :

N° Allocataire CAF : **Quotient familial** :


ET

MERE - Responsable légale : OUI - NON

NOM PRÉNOM.....

ADRESSE

.....

 DOMICILE : BUREAU : PORTABLE :

Date naissance : Profession :

N° Allocataire CAF : **Quotient familial** :

(nouvelle grille tarifaire à partir de septembre 2015 voir Annexe2)

6 – MEDECIN TRAITANT

NOM :

ADRESSE :

.....Téléphone :

7 – PERSONNES A JOINDRE EN CAS DE NECESSITE

	Nom - Prénom	Téléphone Fixe	Mobile
Assistante maternelle			
Un membre de la famille			
Un voisin			
Employeur			
Autre, précisez :			

8 – PERSONNE AUTORISEE A TITRE PERMAMENT A PRENDRE EN CHARGE L'ENFANT EN LIEU ET PLACE DES PARENTS

NOM PRÉNOM.....

ADRESSE

.....

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service jeunesse de la Commune d'Uxegney, sous l'autorité de Monsieur le Maire, à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :