Service Jeunesse – Communauté de communes du Pays de Pont-Château/Saint-Gildas-des-Bois

FICHE SANITAIRE enfant

Merci de remplir en majuscules

ANNEE 2019

ESPACE JEUNES de référence

N° Allocataire (lié à l'enfant)

Réservé au service

QUOTIENT

☐ FILLE ☐ GARCON

NOM PRENOM

DATE DE NAISSANCE LIEU DE NAISSANCE

/ /

N° SECURITE SOCIALE ETABLISSEMENT SCOLAIRE NIVEAU

REPRESENTANTS LEGAUX	① ☐ **Père** ☐ **Mère**	② ☐ **Père** ☐ **Mère**
NOM - PRENOM		
ADRESSE		
CODE POSTAL - VILLE		
TELEPHONE(S) EN CAS D'URGENCE		
COURRIEL		
TUTEUR	NOM PRENOM	ADRESSE
TELEPHONE(S)		

MEDECIN TRAITANT	**COMMUNE**	**TELEPHONE**

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les représentants légaux)		
NOM - PRENOM	**LIEN AVEC L'ENFANT**	**TELEPHONE**

Autorisations parentales de sortie

(cochez la case si vous autorisez)

☐ **Autorise mon enfant à <u>venir et partir SEUL</u> des activités de l'Espace jeunes**
☐ **Autorise mon enfant à <u>partir SEUL</u> à la fin des activités pour rentrer chez lui**
☐ **Autorise mon enfant à <u>partir SEUL</u> avant la fermeture de l'Espace jeunes**

Par ailleurs, je soussigné(e) , assume la pleine et entière responsabilité de cette demande et décharge le service jeunesse de la Communauté de communes de toute responsabilité en cas de problème survenu après la sortie de mon enfant .

Document recto/verso

En cas d'urgence médicale et si vous n'êtes pas joignables : autres personnes à contacter		
NOM - PRENOM	**LIEN AVEC L'ENFANT**	**TELEPHONE**

☐ En cas d'accident, les responsables légaux autorisent le service jeunesse, à prendre toutes mesures utiles pour l'hospitalisation, l'intervention clinique jugées indispensables et urgentes. Un enfant accidenté ou malade sera orienté et transporté par les services d'urgence adaptés (Pompier, samu...)

Renseignements médicaux					
VACCINS Joindre copie du carnet de vaccination	**OBLIGATOIRE**			**RECOMMANDES**	
	☐ **Diphtérie** ☐ **Tétanos** ☐ **Poliomyélite** ☐ **Coqueluche**			☐ **BCG** ☐ **ROR** ☐ **Haemophilius Influenza B** ☐ **Hépatite B**	
	Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical.				
MALADIES INFANTILES	☐ **Rubéole**	☐ **Angine**	☐ **Otite**	☐ **Méningite**	☐ **Scarlatine**
	☐ **Varicelle**	☐ **Rougeole**	☐ **Oreillons**	☐ **Rhumatisme articulaire aigu**	
SPECICFICITES DE SANTE	☐ **Lunette de vue**		☐ **Appareil dentaire**		☐ **Semelles orthopédiques**
	☐ **Aérateurs d'oreilles**		☐ **Asthme** [1]		☐ **PAI** [2]
	[1] **Ordonnance obligatoire** [2] En cas de troubles spécifiques de la santé, votre enfant a besoin d'un suivi particulier appelé Protocole d'Accueil Individualisé. Il est **obligatoire** dans le cadre des pathologies nécessitant un accompagnement (allergies alimentaires, diabète, asthme, troubles neurologiques ou physiques...).				
ALLERGIES	☐ **Médicamenteuses** -		☐ **Alimentaires** -		☐ **Pollens/poils/acariens** - .....
	☐ **Maquillage** -		☐ **Piqûres** -		☐ **Autres** - .....
AUTRES RECOMMANDATIONS (Exemple : traitement médical en cours)					

Je soussigné(e) _____ , responsable légal(e) de _____

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire et m'engage à les réactualiser, si nécessaire.

Signature obligatoire

FAIT LE / / 2019 à _____

Document recto/verso