



FICHE SANITAIRE

Merci de remplir en majuscules
ESPACE JEUNES de référence



N° Allocataire (lié à l'enfant) <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	PRENOM <input type="text"/>
<i>Réservé au service</i>	DATE DE NAISSANCE <input type="text"/>	LIEU DE NAISSANCE <input type="text"/>
QUOTIENT <input type="text"/> <input type="text"/>	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	
N° SECURITE SOCIALE <input type="text"/>	ETABLISSEMENT SCOLAIRE <input type="text"/>	NIVEAU <input type="text"/>

REPRESENTANTS LEGAUX	① Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/>	② Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/>
NOM - PRENOM	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADRESSE CODE POSTAL - VILLE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELEPHONE(S) EN CAS D'URGENCE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COURRIEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TUTEUR (ex : famille d'accueil, LDVA...) NOM-PRENOM <input type="text"/>	ADRESSE <input type="text"/>	MEDECIN TRAITANT - COMMUNE <input type="text"/>
TELEPHONE(S) <input type="text"/>		TELEPHONE <input type="text"/>

DROIT A L'IMAGE

Autorise(ons)
 N'autorise(ons) pas

le service jeunesse de la Communauté de communes du Pays de Pont-Château/Saint-Gildas-des-Bois à photographier, publier et/ou utiliser les photographies ou supports vidéos sur lesquels figure mon enfant, réalisés dans le cadre des activités jeunesse pour un usage de type : articles de presse, publications, site Internet et réseaux sociaux de la Communauté de communes.

RESPONSABILITES

En déposant un dossier d'inscription et en souscrivant à l'abonnement annuel, les représentants légaux reconnaissent **avoir pris connaissance du règlement Intérieur des Espaces Jeunes disponible auprès des animateurs et sur le site Internet : www.paysdepontchateau.fr**

<p align="center">Accueil libre</p> <p>Durant l'«Espace ados», les jeunes sont libres d'aller et venir à leur guise. Toutefois, ils doivent signaler systématiquement leur arrivée et leur départ aux animateurs qu'ils soient temporaires ou définitifs.</p>	<p align="center">Activités soumises à inscriptions</p> <p>Durant les activités encadrées, les jeunes sont sous la responsabilité de l'organisateur. Les jeunes peuvent venir et partir seuls à la fin des activités sauf si leur(s) responsable(s) légal(ux) ne l'autorise(nt) pas.</p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas mon enfant à venir et repartir seul avant et après l'activité* </p> <p align="center">* Dans ce cas, merci d'informer l'animateur si d'autre(s) personne(s) que vous est (sont) autorisée(s) à accompagner votre enfant avant et après les activités</p>
--	--

Je soussigné(e) , atteste avoir pris connaissance du règlement Intérieur et décharge le service jeunesse de toute responsabilité en cas de problème survenu avant ou après les activités de mon enfant.

Signature

EN CAS D'URGENCE MEDICALE (si vous n'êtes pas joignables) : AUTRES PERSONNES A 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 MEDICAUX

VACCINS Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination	OBLIGATOIRE		RECOMMANDES		
	<input type="checkbox"/> Diphtérie <input type="checkbox"/> Tétanos <input type="checkbox"/> Poliomyélite <input type="checkbox"/> Coqueluche		<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ROR <input type="checkbox"/> Haemophilus Influenza B <input type="checkbox"/> Hépatite B		
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical.					
MALADIES INFANTILES	<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Méningite	<input type="checkbox"/> Scarlatine
	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu	
SPECIFICITES DE SANTE	<input type="checkbox"/> Lunette de vue		<input type="checkbox"/> Appareil dentaire		<input type="checkbox"/> Semelles orthopédiques
	<input type="checkbox"/> Aérateurs d'oreilles		<input type="checkbox"/> Asthme ⁽¹⁾		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> Alimentaires	<input type="checkbox"/> Pollens/poils/acariens		
	<input type="checkbox"/> Maquillage	<input type="checkbox"/> Piqûres	<input type="checkbox"/> Autres		

AUTRES RECOMMANDATIONS
(Exemple : traitement médical en cours)

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Toute prise de médicaments ne sera faite que sur **prescription médicale et autorisation parentale**. Les frais médicaux engagés par l'Espace Jeunes pour des soins portés aux jeunes seront remboursés par la famille.

Je soussigné(e) , responsable légal(e) de déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire et m'engage à les réactualiser, si nécessaire.

FAIT LE à 	Signature obligatoire <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px;"></div>
---	---