



Fiche Sanitaire de liaison 2014-2015

L'Îlot : Accueil de loisirs des 11-17 ans

Nom et Prénom.....

Date de naissance.....

Collège ou lycée et classe fréquentées.....

Frères et sœurs : noms, prénoms et dates de naissance.....

	Père de l'enfant	Mère de l'enfant
Coordonnées personnelles (Nom, Adresse et ☎) adresse mail @		
Profession		
Coordonnées de l'employeur (Nom, Adresse et ☎)		
Attestation CAF ou N°allocataire CAF		
Attestation MSA ou N°allocataire MSA		
Autres Régimes : (RSI, ..) Précisez : N°		
N° de sécurité sociale + Centre de paiement + Mutuelle complémentaire		

Situation familiale : célibataire mariés vie maritale PACS
divorcés séparés veuf

Si les coordonnées des deux parents sont différentes, merci de nous indiquer qui prend en charge les factures afférentes aux activités de l'adolescent :

Père Mère

Nom et coordonnées téléphoniques de la personne à prévenir en cas d'urgence

.....
.....
.....

Nom et coordonnées téléphoniques du médecin traitant de l'adolescent :

.....

Merci d'indiquer ici les informations complémentaires relatives à l'état de santé de l'enfant (allergies, asthme, malaises etc....)

Si allergies, prendre contact avec Nicolas Morlais (responsable du service jeunesse). **Un certificat médical d'un spécialiste, allergologue, sera exigé pour que l'allergie soit prise en compte pour les repas le cas échéant.**

Régime particulier : Sans porc : Autre : préciser :.....

Vaccinations :

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélie				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
BCG N'est plus obligatoire depuis le 07/07				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				Autres (préciser) :	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

L'adolescent peut-il rentrer seul ?

Oui

Non - Indiquer les personnes pouvant le raccompagner.....

Assurance responsabilité civile : Nom et adresse de la compagnie + n° de contrat.....

.....

Ayant pris connaissance du règlement intérieur de l'Îlot et des conditions financières,

Je soussigné (ou nous soussignons si parents séparés),.....

Responsable légal de l'enfant :.....

1/ Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche

2/ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'Îlot (déplacements à pieds, à vélo, en transport en commun, en véhicule municipal – baignades – camping - visites.) Oui Non

3/ Autorise l'équipe d'animation à photographier mon enfant, seulement en groupe à des fins d'expos photos interne aux activités de la structure et pour le bulletin municipal, le Ouest France ou encore le site Internet de la commune. Oui Non

4/ Autorise les organisateurs et le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicale, à appeler le médecin qui effectuera le suivi médical et qui jugera de l'opportunité d'une hospitalisation. Oui Non

5/ Je m'engage à inscrire mon enfant préalablement et à régler la facture correspondante à cette inscription.

6/ Je m'engage à rembourser à la structure, les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.

7/ Je m'engage à régler les frais de détériorations occasionnés par mon enfant tant au niveau des locaux, que du matériel mis à disposition.

Fait à

Le.....

Mention « lu et approuvé »

et signature des deux parents