

Ministère de la Jeunesse et des Sports

Code de l'Action sociale et des Familles

<h2 style="margin: 0;">Fiche Sanitaire de Liaison</h2>	I - ENFANT Nom _____ Prénom _____ Date de naissance ____/____/____ Sexe : Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>
--	---

DATES et LIEU du SEJOUR : _____

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ;
elle évite de vous démunir de son carnet de santé.*

II -VACCINATIONS (remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Vaccins recommandés	Dates
DT Polio			Hépatite B	
B.C.G.			R-O-R	
			Coqueluche	
			Autres (préciser)	

Si l'enfant n'est pas vacciné joindre un certificat médical de contre-indication - Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

	Nature	Dates
Injections de sérum		

III - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Rubéole Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Varicelle Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Angines Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Rhumatismes Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Scarlatine Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Coqueluche Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Otites Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Asthme Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Rougeole Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Oreillons Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducation)

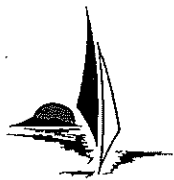
	Dates

IV - RECOMMANDATIONS DES PARENTS : _____

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? Oui Non

Si oui, lequel, _____

Prière de fournir une copie de l'ordonnance médicale



Chèque : € Chèque(s) vacance(s) €

Espèces : € Bons vacances €/jour

Soit : €

FICHE D'INSCRIPTION TREB'ACTIV 2018

Nom et Prénom de l'enfant (majuscule) _____

Date et lieu de naissance _____

Adresse des parents responsables _____

Téléphones ___/___/___/___/___ et ___/___/___/___/___/Adresse Mail _____

N° de Sécurité Sociale _____ Caisse _____

N° autre organisme _____ Caisse _____

N° C.A.F. _____ Caisse _____

Profession du Père _____ Tel. Travail ___/___/___/___/___

Profession de la Mère _____ Tel. Travail ___/___/___/___/___

REGLEMENT INTERIEUR

- L'enfant inscrit participe à toutes les activités proposées.
- La responsabilité des organisateurs n'est engagée que pendant les activités aux heures et lieux précis annoncés dans le programme.
- Les participants s'engagent à ne pas quitter l'activité avant la fin de celle-ci.
- Le trajet des participants du domicile au lieu d'activité n'est pas pris en compte dans la responsabilité des organisateurs.
- Une activité peut être annulée en cas de force majeure, dans ce cas les organisateurs s'efforceront d'en informer les participants.

AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné (e), _____

Responsable légal(e) de _____

- Déclare mon enfant médicalement apte à la pratique sportive
- Autorise toute intervention chirurgicale nécessaire en cas d'accident à l'hôpital
- Autorise le service Jeunesse à prendre et à utiliser des photographies de mon(mes) enfant(s) ⁽¹⁾

Autorise mon enfant à repartir seul et « à pied ou en vélo » après l'activité. (cochez la case)

A _____ le _____

Signature du responsable légal

(1) rayer les mentions qui ne vous conviennent pas