



# Mairie de Saint Gervais la foret

## Fiche sécurité - Espace Ados



02.54.50.51.78 - gregory.chipault@stgervais41.fr

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

Né(e) le ..... à .....

**ADRESSE :** .....

**CODE POSTAL :** ..... **VILLE :** .....

**TELEPHONE fixe :** ..... **portable (ados) :** .....

**IMPORTANT : E-mail :** .....@.....

### PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'ACCIDENT

(Merci de fournir l'intégralité des informations demandées)

<u>Nom et Prénom de la PERE :</u>	<u>Téléphone 1</u>	<u>Téléphone 2</u>
.....	.....	.....
<u>Nom et Prénom de la MERE :</u>	<u>Téléphone 1</u>	<u>Téléphone 2</u>
.....	.....	.....
<u>AUTRE(S) PERSONNE(S)</u>	<u>Téléphone 1</u>	<u>Téléphone 2</u>
1.- .....	.....	.....
2.- .....	.....	.....

**SITUATION FAMILIALE PARTICULIERE A PRECISER EVENTUELLEMENT :** .....

### ASSURANCE

NOM, ADRESSE, TELEPHONE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE : .....

.....NUMERO DE CONTRAT : .....

AFIN QUE VOTRE ENFANT PUISSE ETRE ASSURE EN CE QUI CONCERNE LES ACTIVITES, NOUS VOUS DEMANDONS DE JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE ATTESTATION DE VOTRE ASSURANCE (ORIGINAL OU PHOTOCOPIE).

### AUTORISATION DU OU DES PARENT(S) OU DU TUTEUR LEGAL

Je soussigné(e) ..... en qualité de .....

Autorise mon enfant.....

1/ à participer aux activités organisées par le SERVICE ENFANCE-JEUNESSE y compris celles organisées hors de la commune de SAINT GERVAIS LA FORET

2/ autorise la diffusion de supports médias (photos, vidéos,...) faits dans le cadre des activités sur les différents outils d'informations de la mairie (site internet, PAGE FACEBOOK ESPACE ADOS, journaux, prospectus,...)

- En cas d'accident, le directeur ou le responsable du groupe est autorisé à prendre les mesures médicales d'urgence.

**MERCI DE BIEN VOULOIR FOURNIR L'ATTESTATION D'ASSURANCE EN COURS DE VALIDITE**

N° de Sécurité sociale

Êtes-vous : Régime Général  ou MSA

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.

SIGNATURES :

Fait à Saint Gervais, le.....

Enfant : .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Enfance Jeunesse. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

**1- VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>Ou</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq				BCG	

**FOURNIR OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATIONS**

**2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

Suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?**

- ALLERGIES :**
- ASTHME oui  non
  - ALIMENTAIRES oui  non
  - MÉDICAMENTEUSES oui  non
  - AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui  non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication le signaler)**.

.....

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? oui  non

.....

.....

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

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme Articulaire aigu		Scarlatine	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons			
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		

**3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

.....

.....

**4- RESPONSABLE DU MINEUR :**

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**TEL DOMICILE :** ..... **TEL. TRAVAIL :** ..... **TEL PORTABLE :** .....

**NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT (facultatif) :** .....

**N° Sécurité Sociale** (dont dépend l'enfant): ..... **(Obligatoire)**

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

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

**Date :** ..... **Signature du responsable légal :** .....