



Mairie de Saint Gervais la foret

Fiche sécurité - Espace Ados

02.54.50.51.68 - jose.medina@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.

Êtes-vous : Régime Général ou MSA

N° de Sécurité sociale

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

SIGNATURES :

Fait à Saint Gervais, le.....



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE de LIAISON



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	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

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 :**