



# 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) : .....

### 1. PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'ACCIDENT

(Merci de fournir l'intégralité des informations demandées)

<u>Nom et Prénom du PERE :</u> .....	Portable .....	Bureau .....
E-mail : .....@.....		
<u>Nom et Prénom de la MERE :</u> .....	Portable .....	Bureau .....
E-mail : .....@.....		
<u>AUTRE(S) PERSONNE(S)</u>	Téléphone 1	Téléphone 2
1 - .....	.....	.....
2 - .....	.....	.....

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

### 2. ASSURANCE

NUMERO DE CONTRAT : .....

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

.....

**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/ à être pris en photo / vidéo dans le cadre des activités et à être diffusé sur les différents outils d'informations de la mairie (site internet, page Facebook Mairie, ESPACE ADOS, Instagram CAP'ADOS journaux, prospectus,...).

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

N° de Sécurité sociale

Êtes-vous : Régime Général  ou MSA

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

SIGNATURES :

Fait à ....., 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
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole – Oreillons – Rougeole	
<b>OU</b> DT Polio				BCG	
<b>OU</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

**FOURNIR OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTE.**

### 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 donné ou pris sans ordonnance.**

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

ASTHME : Oui  Non   
 ALIMENTAIRES : Oui  Non   
 MEDICAMENTEUSES : 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 Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	VARICELLE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	ANGINE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	OREILLONS Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	SCARLATINE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
COQUELUCHE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	OTITE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	ROUGEOLE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	

### 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. REponsable DU MINEUR

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

TELEPHONE portable : ..... TELEPHONE fixe : ..... TELEPHONE bureau : .....

NOM et TEL. Du MEDECIN TRAITANT : .....

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 les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Fait à ....., le.....

Signature du responsable légal :