

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2016-2017

1 – ENFANT

NOM : _____	N° ADHERENT MVC : _____
PRÉNOM : _____	N° tel (parents) : _____ tel (jeune) _____
DATE DE NAISSANCE : _____	adresse mail : _____
GARÇON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>
PEJ <input type="checkbox"/>	N°Allocataire caf _____ Quotient _____

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 DEJA EU LES MALADIE SUIVANTES ?

	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole			Rhumatisme articulaire aigu		
Varicelle			Scarlatine		
Angine			Oreillons		
Coqueluche			Rougeole		
Otite					

ALLERGIE : Asthme : oui non Alimentaire : oui non Médicamenteuse : oui non
Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre.**

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

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc, précisez :

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

5 – RESPONSABLE DE L’ENFANT

Nom : Prénom : Lien de parenté

Adresse :

Tel.Fixe (domicile) : Portable : Tel.Bureau :

Tel Autre parent (père/mère) :

Nom et tel. du médecin traitant :

6 – PHOTOS

Je soussigné(e) (prénom/nom)..... responsable légal de l’enfant (prénom/nom)..... accepte par la présente que les photos sur lesquelles figure mon enfant puissent être utilisées uniquement à des fins de promotion des activités de la MVC. Les photos pourront être publiées sur le Facebook de l’espace jeune. En aucun cas, l’association ne cèdera les photos visées à des tiers.

7 – MODALITES D’ACCUEIL

Je n’autorise pas mon enfant (prénom/nom) à partir seul de la MVC à la fin des activités et de ce fait, m’engage à être à l’heure à la fin de celles-ci pour le récupérer.

SEULS LES JEUNES DE PLUS DE 14 ANS SONT AUTORISÉS A VENIR CHERCHER LEURS FRÈRES ET SŒURS À LA FIN DE L’ACTIVITÉ.

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant à la fin des activités

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	TELEPHONE

A PARTIR DE 11 ANS :

J’autorise mon enfant (prénom nom) à partir seul de la MVC à la fin des activités.

Je soussigné(e) (prénom/nom)..... responsable légal de l’enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

Date :

Signature :



Maison de la vie citoyenne du polo beyris - 28 ave de l’Ursuya - 64100 Bayonne
Tél : 05 59 63 35 79 Site : [http:// mvcpolobeyris.fr](http://mvcpolobeyris.fr)
mail : jeunesse@mvcpolobeyris.fr