

Fiche sanitaire de liaison 2024

Nom : Prénom : Poids : kg Taille : cm

Cette fiche permet de disposer des informations qui pourront être utiles pendant les sorties, les activités et les séjours.

MEDECIN TRAITANT (médecin inscrit sur la carte vitale)

Nom : Coordonnées du cabinet : N° de téléphone :

VACCINATIONS (recopier les données figurant sur le carnet de santé ou les certificats de vaccination)

OBLIGATOIRE*	Oui	Non	Date des derniers rappels	RECOMMANDEES	Oui	Non	Date des derniers rappels
Diphtérie				Hépatite B			
Anti-tétanique				Rubéole-Oreillons			
Poliomyélite				Rougeole			
OU DT Polio				Coqueluche			
OU Tétracoq				BCG			

* Si le jeune n'a pas fait les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication sauf pour le vaccin anti-tétanique qui est obligatoire dans tous les cas.

ANTECEDENTS MEDICAUX

MALADIES	Oui	Non	MALADIES	Oui	Non	MALADIES	Oui	Non
Rubéole			Coqueluche			Rhumatisme articulaire aigu		
Varicelle			Otite			Oreillons		
Angine			Rougeole			Scarlatine		

AFFECTIONS CHRONIQUES

ALLERGIES / MALADIES	Oui	Non	Préciser la cause de l'affection et la conduite à tenir (interventions, soins, prise de médicaments)
Alimentaire			
Médicamenteuse			
Asthme			
Diabète			
Epilepsie			

TRAITEMENT MEDICAUX ET TROUBLE DE LA SANTE* (Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance)

Votre enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non (Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, marqués au nom du jeune)

Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence ? Oui Non

*Si vous avez répondu oui à une de ces questions, merci de prendre contact avec le directeur-trice pour la mise en place d'un éventuel PAI (Projet d'Accueil Individualisé).

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER OU ALLERGIE ALIMENTAIRE

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

HANDICAP(S) Indiquez uniquement les informations qui nécessitent une prise en charge particulière ou une adaptation des conditions d'accueil

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH ? Oui Non

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des problèmes dentaires,...

Je soussigné(e) M./Mme, responsable légal du jeune..... déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaire par l'état de santé de ce jeune.

Fait à

Signature :

Le/...../2024

Fiche d'inscription Service Jeunesse de Couesnon Marches de Bretagne 2024

Pour les jeunes nés entre 2007 et 2013 soit les jeunes de 10 ans ayant leurs 11 ans en 2024.

INFORMATIONS	CADRE RESERVE AU SERVICE JEUNESSE	
Une adhésion au service jeunesse de 15 € est demandée à chaque jeune ; celle-ci permet la participation aux différentes activités d'Ados-explorers (Val-Couesnon) ou Cog'l'ados (Maen Roch) pendant les vacances scolaires et le mercredi après-midi. L'adhésion est valable du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2024. Pour les nouvelles adhésions, n'hésitez pas à prendre contact avec l'équipe du service jeunesse afin d'organiser une visite de la structure.	Adhésion de 15 € réglée le :/...../2024	Autorisation de sortir seul <input type="checkbox"/> Droit à l'image <input type="checkbox"/> Santé <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> Test nautique <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE JEUNE		
NOM : Prénom : Né(e) le :/...../..... Age : ans Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Classe : Etablissement scolaire :		Joindre 2 photos récentes (1 pour le dossier et 1 pour la carte) OBLIGATOIRE

RESPONSABLES LEGAUX / CONTACTS

	Père (ou co-parent ou tuteur)	Mère (ou co-parent ou tutrice)	Assistant familial
NOM et prénom			
Situation familiale (concubin(e), célibataire, divorcé(e), marié(e), pacsé(e), séparé(e), veuf(ve), vie maritale)			
Adresse			
N° de téléphone domicile			
N° de téléphone portable			
Adresse mail			
Profession			
Nom, adresse et numéro de téléphone de l'employeur			
N° d'allocataire CAF ou MSA (OBLIGATOIRE)		N°	
Pour les allocataires CAF ou MSA, autorisez-vous les professionnels habilités par la CAF et la MSA à consulter votre quotient via le site internet de la CAF ? Si non, joindre une attestation de quotient familiale datant de moins de 3 mois*.			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

*Sans votre quotient familial, le tarif le plus élevé sera appliqué pour les activités payantes

Nom et numéro de la police d'assurance pour les activités extrascolaires	Nom :
	Numéro :

*Nous vous conseillons fortement d'en souscrire une si ce n'est pas le cas à ce jour

AUTRES PERSONNES A CONTACTER ET AUTORISEES A VENIR CHERCHER LE JEUNE POUR TOUTES ACTIVITES*

NOM et Prénom	N° de téléphone

Nom et Prénom	N° de téléphone

*Seules les personnes autorisées pourront venir chercher le jeune sur présentation d'une pièce d'identité.

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) M./Mme..... responsable légal du jeune..... déclare exact les renseignements portés sur cette fiche de renseignement et :

Autorise mon enfant à participer aux activités et sorties organisées par le service jeunesse.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorise les organisateurs à transporter mon enfant lors des activités programmées ou organisées spontanément.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorise mon enfant à participer au « quartier libre » lors des sorties ou séjour organisé par le service jeunesse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorise la prise de photographies et vidéos (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le représentant dans le cadre des activités du service jeunesse. Ainsi que la diffusion et la publication des photographies et des vidéos sur tout support de communication et d'information (édition de documents de natures pédagogique : journaux internes, externes, brochures ; affichage ou projection en public ; sur le site internet de la communauté de communes et ses réseaux sociaux)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorise mon enfant à quitter seul l'ALSH jeunes. Il ne sera alors plus sous la responsabilité de la structure.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorise mon enfant à venir s'inscrire lui-même aux activités proposées par le service jeunesse, ce qui m'engage à régler les activités payantes.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Déclare accepter le traitement proposé de mes données personnelles et sanitaires*. Je donne mon accord pour le traitement de mes données personnelles. Je donne mon accord pour le traitement des données personnelles et sanitaires de mon enfant. Sans autorisation, nous ne pourrions procéder à l'inscription de votre enfant.	OBLIGATOIRE Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>

*Renseignement complémentaire dans le règlement de fonctionnement. Vous disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment.

Certifie, et atteste avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du service jeunesse auquel mon enfant est inscrit et à en accepter les conditions.

Fait à

Signature :

Le/...../2024