

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024 -2025

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LES ACTIVITÉS JEUNESSE DE VOTRE ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS MUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET ELLE VOUS SERA REMISE EN FIN D'ANNÉE.

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

Merci de nous joindre **OBLIGATOIREMENT** une copie du carnet de santé.

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI VOTRE 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 MÉDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT

Le jeune suit-il un **traitement médical** pendant les activités jeunesse ? 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 MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DU JEUNE

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE POSTALE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les animateurs référents jeunesse Moncoutantais prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, les animateurs référents jeunesse Moncoutantais à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____ Signature : _____

6 - FACTURATION

Je souhaite bénéficier d'une facturation classique (1 facture globale pour l'ensemble des activités choisies) :

OUI NON

Je souhaite bénéficier d'une facturation spécifique (plusieurs factures nominatives en fonction des activités choisies) :

OUI NON

Si oui, merci de préciser les informations personnelles de chacun ainsi que les activités à ajouter à chaque facture :

AUTORISATIONS PARENTALES

*Merci de lire, de dater et de signer chaque autorisation.
Autorisation renouvelée OBLIGATOIREMENT d'une année sur l'autre.*

NOM DE L'ENFANT :

NOM DU RESPONSABLE LEGAL :

Je soussigné (e) avoir pris connaissance des points ci dessous :

AUTORISATION DE SORTIE LORS DES ACTIVITÉS JEUNESSE (PÉRIODES DE VACANCES SCOLAIRES)

Mon enfant peut participer aux sorties éducatives organisées par les animateurs référents jeunesse Moncoutantais ou l'espace de vie sociale "Graines de Liens".

Je serai prévenu(e) au préalable des sorties, notamment celles nécessitant un moyen de transport.

A....., le

Signature

AUTORISATION DE SORTIE DES ESPACES JEUNES **BUNGALOW** **AMJ**

Mon enfant à l'autorisation de sortir seul de l'espace jeune lors des temps d'ouvertures de celui-ci.

A....., le

Signature

AUTORISATION DE SORTIR DES ESPACES JEUNES (BUNGALOW & AMJ)

Mon enfant à l'autorisation de rentrer seul de l'espace jeune à la fin des temps d'accueils de celui-ci.

A....., le

Signature

AUTORISATION DE PUBLICATION

A l'occasion de sorties ou d'activités jeunesse, il se peut que mon enfant soit photographié pour une publication dans un journal, une brochure, les réseaux sociaux (Instagram & Facebook), une note d'information, je donne autorisation pour ces prises de photos et ces publications.

A....., le

Signature

RENSEIGNEMENTS DIVERS

PROFESSION DU PERE :

PROFESSION DE LA MERE :

ALLOCATAIRE ☐ CAF ☐ MSA ☐ MARINE ☐ AUTRES (précisez SVP) :

NUMERO D'ALLOCATAIRE :

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE DANS LE FOYER (y compris l'enfant concerné) :

VOTRE QUOTIENT FAMILIAL :

Joindre l'attestation « Quotient Familial » si possible.

Vous n'avez pas de Quotient Familial ? Apportez nous votre dernière feuille d'imposition.

Vous souhaitez recevoir des informations sur l'actualité de l'Espace de Vie Sociale "Graines de Liens" ?

Indiquez votre adresse de messagerie ci dessous :

L'équipe de l'Espace de Vie Sociale "Graine de Liens" vous souhaite la bienvenue !

BRANCHU Mélanie

Co-Présidente de l'Espace de Vie Sociale "Graines de Liens"



HUMEAU Patrick

Co-Président de l'Espace de Vie Sociale "Graines de Liens"



EVS Graines de Liens FR Moncoutantais - Siège social : 18 avenue du Maréchal Juin 79320 MONCOUTANT-SUR-SÈVRE

SIRET 902 574 706 00013 - APE 9499Z - Locaux : 6 rue de la Génotrie 79320 MONCOUTANT-SUR-SEVRE

Tél. 07 55 67 75 48 - Courriel : coordination.grainesdeliens@famillesrurales.org

Tél. 06 28 66 77 85 / 06 75 17 59 79 - Courriel : jeunesse.moncoutantais@famillesrurale.org