

**ESPACE JEUNES**  
**12 – 17 ans**  
**FICHE SANITAIRE 2018-2019**  
**Adhésion : 5 €**

**ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Sexe : M / F

Téléphone Domicile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Adresse (de l'enfant) : .....

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : .....

N° de sécurité sociale : .....

Père	Mère
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Tél domicile : __/__/__/__	Tél domicile : __/__/__/__
Tél portable : __/__/__/__	Tél portable : __/__/__/__
Tél travail : __/__/__/__	Tél travail : __/__/__/__
Adresse mail : .....	Adresse mail : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Code postal : ..... Ville : .....	Code postal : ..... Ville : .....
Situation familiale : .....	Situation familiale : .....
Autorité parentale :   Oui       Non	Autorité parentale :   Oui       Non

**Autorisations parentales**

Autorise l'enfant à quitter la structure seul	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Prise d'images	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Diffusion d'images	<b>Oui</b>	<b>Non</b>

**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que parents) :**

Nom	Prénom	Tél	Adresse	Lien de famille


**Personnes à contacter en cas d'urgence :**

Nom	Prénom	Tél	Adresse	Lien de famille

**Remarques : allergies, asthme, régime alimentaire, lunettes, prothèses auditives...**

**Difficultés de santé et précautions à prendre (maladie, accident, crises, hospitalisation, opération...)**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillon-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

**SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION**

**Notes Médicales :**

Autorisation d'Hospitalisation <i>(indiquez le nom de l'établissement Hospitalier)</i>	
Autorisation d'administration des médicaments <i>(joindre obligatoirement une ordonnance)</i>	

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès de l'animateur et je confirme avoir vérifié que mon assurance en Responsabilité Civile couvre bien les activités extrascolaires de mon enfant

Date : .....

Signature, précédé de la mention « *lu et approuvé* » :