



ESPACE JEUNES
9 – 12 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	Oui	Non
Prise d'images	Oui	Non
Diffusion d'images	Oui	Non

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* » :