FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Enfant : ☐ fille ☐ garçon Date de naissance :_____

Nom : Prénom :

Structure: Local Jeunes Bassussarry
Adresse : Mairie de Bassussarry
64200 BASSUSSARRY
Téléphone : 05.59.43.38.06
Mail : local.jeunes@bassussarry.fr

I - Vaccinations : (*Joindre **OBLIGATOIREMENT** une photocopie du carnet de santé*)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (*préciser*)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** permanent ? ☐ oui ☐ non
Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Otite	**Rougeole**	**Oreillons**	**Rhumatisme articulaire aigu**	
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	

Allergies : médicamenteuses ☐ oui ☐ non asthme ☐ oui ☐ non
alimentaires ☐ oui ☐ non autres ☐ oui ☐ non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom :…….. Prénom :……..

Adresse :……
……
……
……

Tél. domicile :……travail :……

Portable :……..

Mail (*en majuscule*) :……

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** 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.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date :

AUTORISATION UTILISATION DE L'IMAGE

Je soussigné(e), autorise le Mairie de Bassussarry à exploiter pour tout usage de reproduction et de représentation (**1**) les photographies ou les images vidéo sur lesquelles figure mon enfant :
Pour valoir ce que de droit.

Fait à ……..…….. Le ……...……..
Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

(1) Reproduction : communication en public d'une manière indirecte : par imprimerie, dessin, gravure, photographie, tout procédé des arts plastiques et graphiques, enregistrement mécanique, cinématographique ou magnétique.
Représentation : communication en public par présentation publique : exposition, projection publique, télédiffusion, site internet, réseaux sociaux.