

# FICHE SANITAIRE CLUB ADOS

## ANNÉE SCOLAIRE 2018 - 2019

Pour les 12/17 ans ou inscrits en classe de 6<sup>ème</sup>

### CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Nécessite un PAI  Trousse

PHOTO  
OBLIGATOIRE

### ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  Féminin  Masculin Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

École fréquentée durant l'année scolaire 2018 - 2019 : .....

Niveau scolaire en 2018 - 2019 : .....

### AUTRES RENSEIGNEMENTS

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Nom de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

N° du contrat : .....

L'enfant bénéficie d'une allocation "Éducation de l'enfant handicapé"  OUI  NON

### RESPONSABLE LÉGAL 1

Père  Mère  Tuteur

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. portable responsable 1 : .....

### RESPONSABLE LÉGAL 2

Père  Mère  Tuteur

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. portable responsable 2 : .....

### AUTORISATION ET DÉCHARGES DE SORTIES DE LA STRUCTURE

#### • Si votre enfant a moins de 14 ans

Je l'autorise à quitter librement la structure  
Si oui, à quelle heure ? .....h.....

Je ne l'autorise pas à quitter la structure et j'autorise la ou les personnes(s) inscrite(s) ci-après à récupérer mon enfant.

#### • Si votre enfant a plus de 14 ans

Il peut quitter librement la structure sauf avis contraire des parents.

Je n'autorise pas mon enfant à quitter la structure et j'autorise la ou les personnes(s) inscrite(s) ci-après à récupérer mon enfant.

### PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'(LES) ENFANT(S)\*

Nom, Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Âge (si mineur)	Numéros tél. (domicile, portable)	JE L'AUTORISE	
				À être prévenu en cas d'accident	À récupérer mon enfant
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

\*Une pièce d'identité sera demandée pour récupérer l'enfant.



## AUTORISATION

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame : ....., responsable légal de l'enfant

Nom, Prénom .....  autorise  n'autorise pas

la prise et diffusion de photographies de mon enfant à l'occasion du passage de la presse locale, de l'élaboration de panneau photos, l'alimentation de blogs...

## À REMPLIR PAR LA FAMILLE

PROBLÈMES DE SANTÉ			Si oui, laquelle ?
1	Enfant en situation de handicap	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si « oui », se rapprocher du service Accueil Familles qui vous indiquera les démarches obligatoires à effectuer avant inscription.
2	Pathologie nécessitant un traitement médical (ex : asthme, etc...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
3	Allergie ou intolérance alimentaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
4	Régime alimentaire médical (ex : diabète, régime sans sel...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
5	Allergie médicamenteuse	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

• Poids de l'enfant : ..... kg

• L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil sur le centre :  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.

• S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?  OUI  NON

• Précautions à prendre : lunettes, lentilles de contact, prothèses auditives, drains, prothèses dentaires, opération, rééducation, etc...  
Précisez :

.....  
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.

Date : ...../...../.....

NOM ..... Prénom .....

Signature du Responsable légal 1

Date : ...../...../.....

NOM ..... Prénom .....

Signature du Responsable légal 2

## À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Date des derniers rappels
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Je soussigné(e), docteur ..... médecin traitant de l'enfant .....  
certifie que son état de santé :

l'autorise à la vie en collectivité  l'autorise à la pratique du sport

Précisez si l'enfant a une interdiction sportive spécifique : .....

Signature du médecin traitant et cachet