

# FICHE INDIVIDUELLE DE LIAISON

## SERVICE JEUNESSE // LOCAL JEUNES

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

M

F

### Renseignements médicaux du jeune

Vaccins obligatoires	Dates dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
DIPHTERIE		COQUELUCHE	
TETANOS		HEPATITE B	
POLIO		RUBEOLE OREILLONS ROUGEOLE	
Ou DT POLIO		BCG	
Ou TRETACOQ		AUTRES (préciser)	

Le jeune suit-il un traitement médical ? 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 (cochez la case lorsque c'est le cas)

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillon

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSE Oui  Non  ASTHME Oui  Non

ALIMENTAIRE Oui  Non

AUTRES : \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (fournir le PAI, Projet d'accueil individualisé)

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et la conduite à tenir :

Le jeune bénéficie-t-il de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ? Oui  Non

Recommandations utiles des parents (lentilles, lunettes, prothèses, troubles fréquents...) :

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

<u><b>Responsable 1</b></u>	<u><b>Responsable 2</b></u>
<u>Nom et prénom :</u> _____	<u>Nom et prénom :</u> _____
<u>Adresse complète :</u> _____	<u>Adresse complète :</u> _____
<u>E-mail :</u> _____	<u>E-mail :</u> _____
<u>Tél travail :</u> _____	<u>Tél travail :</u> _____
<u>Tél portable :</u> _____	<u>Tél portable :</u> _____
<u>Profession :</u> _____	<u>Profession :</u> _____
<u>Situation familiale :</u> _____	<u>Situation familiale :</u> _____
<u>N° de sécurité sociale :</u> _____	<u>N° de sécurité sociale :</u> _____
<u>N° d'allocataire CAF/MSA :</u> _____	<u>N° d'allocataire CAF/MSA :</u> _____
<u>Nom et N° de contrat d'assurance :</u> _____	<u>Nom et N° de contrat d'assurance :</u> _____

### **Autorisations parentales**

**J'autorise mon enfant :**

- À participer aux activités proposées par la CCBM dans le cadre du Local Jeunes.
- À utiliser les différents moyens de transports mis à disposition.
- À entrer et sortir librement du local lors des temps « d'accueil libre »
- À être photographié/filmé par le personnel de la CCBM (équipe d'animation, responsable communication...) lors des activités.
- Je donne l'autorisation de diffuser les photographies ou images filmées de mon enfant pour les usages suivants :
  - Publication éventuelle dans les outils de communication (magazine, site web...) de la collectivité ou dans la presse.
  - Expositions photographiques lors d'évènements liés aux activités du centre.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à contacter les services de santé qui détermineront les mesures nécessaires à suivre en fonction de l'état de l'enfant.

Fait à : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature Responsable 1 (lu et approuvé) :

Signature Responsable 2 (lu et approuvé) :