

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

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'événements 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) :