



**Année 2014-2015**  
**Fiche sanitaire de liaison**  
**EP-ONE 11/17 ans**

Cette fiche permet de recueillir les informations sanitaires utiles pendant l'accueil de votre enfant sur la structure. Elle permettra de vous contacter en cas de besoin et renseignera le personnel médical le cas échéant.

**Jeune:**

Nom : .....	Prénom : .....
<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	Date de naissance : ...../...../.....
Adresse : .....	
Ville : ..... Code Postal .....	

**Régime :** Traditionnel  Sans porc  Végétarien

**I - Responsable légal de l'enfant :**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

Adresse : .....

Tél. domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

Adresse : .....

Tél. domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....

**II – Liste et coordonnées téléphoniques des personnes majeures autorisées à venir chercher mon enfant :**

Nom et Prénom : ..... Tel : .....

Nom et Prénom : ..... Tel : .....

**III - Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins	oui		non		Dernier date	Vaccins	oui		non		Dernière Date
B .C.G. Antituberculeuse						R.O.R Rougeole Rubéole Oreillons					
D.T.P. Poliomyélite Tétanos Diphtérie coqueluche						Infections invasives pneumocoque					
Hépatite B											

**Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.**

**IV - Renseignements médicaux :**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant les temps d'accueil ?  Oui  Non

**Attention : aucun médicament ne pourra être donné sans une autorisation écrite et une ordonnance.**

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

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
<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
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
<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	

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**.

.....

.....

.....

**V - Recommandations utiles :**

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

.....

.....

.....

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant ....., **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable de l'EP-One de la commune d'Epône à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

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

Date :

## VI – Vie au centre

- Mon enfant viendra et repartira de l'Espace Ados par ses propres moyens
- Si inscription à la journée mon enfant viendra et quittera l'Espace Ados (à partir de 17h00) par ses propres moyens.
- Nous viendrons déposer et rechercher notre enfant à l'Espace Ados
- Mon enfant partira accompagné (Nom-Prénom) avec :

.....  
.....

## VII – Autorisations Parentales

Je soussigné.....autorise les animateurs de L'EP-One à transporter mon enfant..... lors des sorties de loisirs en minibus, bus et transport en commun (T.E.R., Métro, Train).

Je soussigné....., autorise La Direction de l'EP-One à prendre en photo mon enfant ..... et à l'utiliser gratuitement pour les publications municipales. (Remplir si accord)

## VIII- Assurance

Nom de l'assurance :.....

Adresse :.....

.....

Tel :.....

N° de Contrat :.....

## VIII – Cotisation

Pour participer aux activités de la structure une cotisation annuelle est demandée (année scolaire en cours) de 12.72€ (36.62 € pour les extra-muros).

Pour l'été, une cotisation complémentaire est demandée de 10.68 € (27,46 € pour les extra-muros).

Pour les sorties une participation financière des parents est demandée selon le quotient familial (un document sera fourni auparavant, avec date, lieu et tarif).

**A régler à l'EP-One directement auprès du responsable.**

## IX- Adresse électronique:



Responsable légal :.....



Jeune :.....

**Je soussigné(e),....., responsable légal(e) de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.**

Date :

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