STRUCTURE AGREE PAR LE MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS



**FICHE SANITAIRE**

**DE LIAISON** **Enfants**

**Adhésion 2025/2026 :**  *Nom :* …………………………………………………………………………………………………..

Du 01/09/2025 *Prénom :* ………………………………………………………………………………………………

Au 31/08/2026 *Date de naissance :* ………………………………………………………………………………

*Adresse e-mail du jeune :* ……………………………………….@......................................

*N° de téléphone portable du jeune :* ………….. - ………….. - ………….. - ………….. - …………….

**Responsable de l’enfant/du jeune**

Nom : …………………………………………………………………………. Prénom : …………………………………………………………………..

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Code postal : ………………………………………………………………. Ville : …………………………………………………………………………

Adresse e-mail : ……………………………………………………………………………..@............................................................................

Souhaitez-vous recevoir les programmes et informations de service jeunesse par email : □ oui □ non

Numéros de téléphone utile :

*Mère : Domicile :* ...................................  *Portable :* ……………………………..  *Travail :* ....................................

*Père : Domicile :* .................................... *Portable :* ……………………………..  *Travail :* ....................................

Nom et téléphone du médecin traitant : ………………………………………………………………………………………………………

**Vaccinations** (se référer au carnet de santé ou certificats de vaccinations de l’enfant)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires** | **oui** | **non** | **Dates des derniers rappels** |
| Diphtérie |  |  |  |
| Tétanos |  |  |  |
| Poliomyélite |  |  |  |
| **Ou** DT Polio |  |  |  |
| **Ou** Tétracoq |  |  |  |
| BCG |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vaccins recommandés** | **Dates** |
| Hépatites B |  |
| Rubéole-oreillons-rougeole |  |
| Coqueluche |  |
| Autres (à préciser) |  |

**Renseignements médicaux concernant l’enfant**

* L’enfant suit-t-il un traitement médical permanent ? □ oui □ non

*Si oui, joindre une ordonnance récente correspondant*

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rubéole  □ oui □ non | Varicelle  □ oui □ non | Angine  □ oui □ non | Rhumatisme articulaire aigü  □ oui □ non | Scarlatine  □ oui □ non |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Coqueluche  □ oui □ non | Otite  □ oui □ non | Rougeole  □ oui □ non | Oreillons  □ oui □ non |

**Allergies**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Asthme  □ oui □ non | Allergie alimentaire  □ oui □ non  Si oui, précisez : ……………………………… | Allergie médicamenteuse  □ oui □ non  Si oui, précisez : ……………………………… | Autres :  …………………………………………………………  ………………………………………………………..  …………………………………………………………  ……………………………………………………..... |

* Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* Indiquez les complications de santé liées aux : (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations chirurgicales, rééducation, ….) en précisant les dates et les précautions à prendre :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* Recommandations utiles des parents :

*Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, … Précisez*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

Je soussigné(e) ……….……………………………………………………………………………………. responsable légal de l’enfant,

□ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l’espace jeunes à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

□ autorise que mon enfant soit photographié(e) et/ou filmé(e) au cours de l’année, dans le cadre des activités organisées par la ville d’Epône.

□ autorise que les photos où apparaissent mon enfant puissent être diffusées sur la page Facebook de la ville d’Epône.

**Date : Signature :**

**MAIRIE D’EPÔNE**

Direction Education Jeunesse

Service Jeunesse

Espace Jeunes : 01.34.74.31.66



jeunesse@epone.fr