



Personnes à prévenir en cas d'urgence  
(si les responsables ne peuvent pas joindre les parents)

NOM : .....Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphones : Domicile.....Portable.....

NOM : .....Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphones : Domicile.....Portable.....

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

NOM : .....Prénom : .....  
Lien avec la famille : .....  
Téléphones : Domicile.....Portable.....

NOM : .....Prénom : .....  
Lien avec la famille : .....  
Téléphones : Domicile.....Portable.....

**AUTORISATIONS**

**J'autorise / je n'autorise pas** mon enfant à participer aux activités et aux sorties proposées par l'Espace Ados Intercommunal.

**J'autorise / je n'autorise pas**, la prise de photos et de vidéos dans le cadre des activités de l'Espace Ados Intercommunal. Ces dernières peuvent uniquement être exploitées dans les différents supports de communication de la communauté de communes (article de presse, journal local, site internet, exposition.....)

**J'autorise / je n'autorise pas** mon enfant rentrer seul à la maison.

**ENGAGEMENT DU REPRESENTANT LEGAL**

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, reconnais avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'Espace Ados Intercommunal et m'engage à le respecter.

Date

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## Espace Ados Intercommunal 12-17 ans

Pour le bon déroulement du séjour, des informations médicales propres à chaque enfant doivent être portées à la connaissance de l'équipe d'encadrement.

### I. Enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe : garçon  fille

Sait-il nager ? oui  non

### Nom et coordonnées du médecin traitant :

RAPPEL : un certificat médical d'aptitude à la pratique des activités physiques et sportives est exigé pour les séjours qui en proposent (sauf baignade et promenade)

### II. Vaccinations : (remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

VACCINS	Dates du dernier rappel
Hépatite B	
Polio	
Diphtérie	
Tétanos	
Coqueluche	
Hémophilus B	
Rougeole	
Oreillon	
Rubéole	
BCG	
Autres vaccins	

### III. Renseignements médicaux concernant l'enfant :

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

Rubéole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Allergies	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Angines	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Otites	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Rougeole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oreillons	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Indiquez ici les autres difficultés de santé : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

---

---

---

#### IV- Recommandations des parents :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ?      non     oui

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, vous devez impérativement fournir les médicaments et impérativement joindre l'ordonnance qui devra être explicite. Celui-ci sera administré par le responsable sanitaire du centre.

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à présenter l'enfant à un médecin. J'autorise le médecin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état de l'enfant, notamment tout examen, investigation et intervention, y compris l'hospitalisation d'urgence.

**J'attire votre attention sur l'importance de disposer des renseignements exacts et complets pour le meilleur service, accueil et suivi auprès de votre enfant.**

Date

Signature du responsable légal  
(Précédée de la mention lu et approuvé)

#### PIECES A FOURNIR

La copie du dernier avis d'imposition  
Les bons caf (si vous en bénéficiez)  
La photocopie des vaccins  
Un certificat médical d'aptitude à vivre en collectivité  
Une photo d'identité

---

Tél : 04 66 93 06 12 – 06 84 94 39 91  
Courriel : [enfance-jeunesse@piemont-cevenol.fr](mailto:enfance-jeunesse@piemont-cevenol.fr)