



# FICHE SANITAIRE ET DE LIAISON

## 2023

STARTI'JEUNES

Responsable :

François GUILLOU

02 98 50 28 68

francois.guillou@mairie-rosponden.fr

# Rosporden | Kernével



Ville de Rosporden - 10, rue de Reims - CS 90092 - 29140 ROSPORDEN  
Tél : 02 98 66 99 00 - Télécopie : 02 98 59 92 00 - Mail : contact@mairie-rosponden.fr

### ■ L'ENFANT (ÉCRIRE EN LETTRES CAPITALES)

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance :  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Sexe :  masculin  féminin

École fréquentée : \_\_\_\_\_

Classe en 2023 : \_\_\_\_\_

Adresse de résidence :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ■ URGENCE

En cas d'accident, l'enfant doit-il être conduit

dans un établissement

chez un médecin particulier ?

Lequel ? \_\_\_\_\_

### ■ PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

lien de parenté : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

lien de parenté : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### ■ PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

lien de parenté : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

lien de parenté : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## ■ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

- Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_  
- Téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_  
- Groupe sanguin : \_\_\_\_\_  
- L'enfant est-il hémophile ?  oui  non  
- Est-il sujet à des malaises particuliers ?  oui  non  
Si oui lesquels ? \_\_\_\_\_  
- L'enfant a-t-il été victime d'un accident ou d'une maladie particulière récemment ? :  oui  non  
- L'enfant a-t-il des allergies ?  oui  non  
Si oui lesquelles ? \_\_\_\_\_

- L'enfant est-il concerné par un projet d'accueil individualisé (PAI) ?  oui  non

Si oui, remettre une photocopie du protocole d'urgence et la trousse médicale aux responsables des services fréquentés par votre enfant.

- L'enfant a-t-il une reconnaissance handicapée ou en cours de reconnaissance ?  oui  non  
- Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi éducatif (CMP, rendez-vous médicaux...)? Si oui, quel(s) jour(s) à quelle heure ? \_\_\_\_\_

- Votre enfant présente une contre-indication à la pratique du sport  oui  non

### **VACCINS: Remettre une photocopie des vaccins ou un certificat du médecin attestant de la réalisation des vaccins. DT POLIO OBLIGATOIRE**

*Si votre enfant n'est pas à jour de ses vaccinations, il ne pourra intégrer aucune structure collective municipale.*

## ■ AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné \_\_\_\_\_  
responsable légal de \_\_\_\_\_

- 1 - Autorise le service jeunesse de la ville à diffuser la photo de mon enfant dans les supports (papier et multimédia) de communication :  oui  non
- 2 - Autorise mon enfant de plus de 6 ans à quitter seul l'établissement :  oui  non
- 3 - Autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs;
- 4 - Certifie exacts les renseignements portés sur les fiches et certifie que mon enfant a subi les vaccinations obligatoires;
- 5 - Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir à l'extérieur du centre auquel il est inscrit;
- 6 - Autorise les organisateurs à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) nécessaires en cas d'urgence médicale;
- 7 - M'engage à payer les honoraires médicaux et pharmaceutiques engagés par les organisateurs.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
Signature,

Représentant 1 :  Père  Mère

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Autorité parentale :  oui  non

Adresse : \_\_\_\_\_

Cochez la case si adresse de facturation

Situation familiale des parents :  Célibataire  Mariés

Union libre  Pacsés  Divorcés  Veuf  Séparés

Tél. du dom : \_\_\_\_\_ Tél. port : \_\_\_\_\_

mail : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. pro : \_\_\_\_\_

Représentant 2 :  Père  Mère

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Autorité parentale :  oui  non

Adresse : \_\_\_\_\_

Cochez la case si adresse de facturation

Situation familiale des parents :  Célibataire  Mariés

Union libre  Pacsés  Divorcés  Veuf  Séparés

Tél. du dom : \_\_\_\_\_ Tél. port : \_\_\_\_\_

mail : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. pro : \_\_\_\_\_

## ■ AUTRE RESPONSABLE LÉGAL

*(personne physique ou moral)*

Organisme : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Tél. du dom : \_\_\_\_\_ Tél. pro : \_\_\_\_\_

Personne référente : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_

Tél. port : \_\_\_\_\_ Tél. Pro : \_\_\_\_\_

mail : \_\_\_\_\_

## ■ NOMBRE D'ENFANT À CHARGE :

- Frère(s) ou soeur(s) scolarisés dans les écoles de la commune :

NOM	PRÉNOM	ÉCOLE

■ N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

- Régime Allocations familiales :  CAF  MSA

AUTRE (EDF, GDF, MARITIME, à préciser) \_\_\_\_\_

■ N° ALLOCATAIRE CAF : \_\_\_\_\_

■ NOM DE L'ASSURANCE SCOLAIRE :

\_\_\_\_\_

NOM DE L'ASSURÉ ET N° DE L'ASSURANCE :

\_\_\_\_\_