FICHE SANITAIRE DE LIAISON
2026 - 2027

☐ Régime alimentaire
☐ Allergies

☐ Rentre seul
☐ Droità l'image

Jeune : _____ F - G

Date de naissance : _____ Tél du jeune: _____

VACCINATIONS : Fournir impérativement les copies des pages vaccinations du carnet de santé du jeune.
Si le jeunen'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention:le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE :
Le jeunesuit-il un traitement médical pendant son temps de présence à la Station Vacances ? **OUI – NON**
Si oui, joindre une ordonance récente et les médicaments correspondants.
Attention: aucun médicament ne pourra être pris sans ordonance.

Le jeune a-t-il eu les maladies et allergies suivantes ?

Maladies	RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGI NE OUI ☐ NON ☐	COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLON OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI ☐ NON ☐	
Allergies	ASTHME OUI ☐ NON ☐	ALIMENTAIRE OUI ☐ NON ☐	MÉDICAMENTEUSE OUI ☐ NON ☐	AUTRES (préciser) _____	

Si le jeune à une allergie, précisez sa cause, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler).
_____

Le jeune présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cac heté), des précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter ?
OUI – NON
_____

RECOMMANDAT IONS UTILES DES PARENTS :
Le jeune porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires : _____

Le jeune suit-il un régime alimentaire particulier ? : □ **végétarien** □ **sans porc** □ **autre**: _____

RESPONSABLES DU MINEUR :
Responsable 1 - Nom: _____ Prénom: _____ Tél: _____

Responsable 2 - Nom: _____ Prénom: _____ Tél: _____

Adresse: _____

Ema il (pour l'envoie de la facture) : _____@_____

Nom du médecin traitant (facultatif) : _____

En tant que responsable légal du mineur, je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la "station vacances" à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Je soussigné _____

Parent du jeune _____

Décharge de responsabilité

□ **j'accepte** que mon enfant rentre seul de la station vacances <u>en journée</u>

□ **je n'accepte pas** que mon enfant rentre seul de la station vacances en journée
> je viendrais chercher mon enfant à la fin de chaque activité

□ **j'accepte** que mon enfant rentre seul de la station vacances <u>en soirée</u>

□ **je n'accepte pas** que mon enfant rentre seul de la station vacances en soirée
> je viendrais chercher mon enfant à la fin de chaque soirée

Autorisation parentale

□ **j'autorise** la ville de Fleury-les-Aubrais à photographier et à filmer mon enfant

□ je n'autorise **aucun** enregistrement ni publication de l'image de mon enfant

□ **j'autorise** la publication des photographies de mon enfant, dans la presse et les supports de communication de la ville (Facebook et Instagram)

Règlement intérieur

Les participants et leurs responsables légaux attestent avoir pris connaissance et accepté l'ensemble du règlement intérieur de la station vacances, tout manquement à celui-ci remettra en cause la participation du jeune aux activités.

<u>Date:</u>

<u>Signature du responsable légal:</u> **<u>Signature du jeune:</u>**