

Secteur « Jeunes » CCRC 2010-2011

06 31 52 29 49

AUTORISATION PARENTALE & FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

EMAIL : _____

GARCON FILLE

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

TEL FIXE : _____ BUREAU : _____

PORTABLE : _____

Je soussigné(e) _____ père / mère /
tuteur légal autorise (nom de l'enfant) _____

à participer aux activités organisées par le secteur « Jeunes »

Autorise _____ à repartir seul

après les animations, en décharge dans ce cas de toutes

responsabilités à la CCRC et l'équipe d'animation.

OUI NON

Autorise le responsable des activités à prendre toutes les

mesures (traitements médicaux, hospitalisations) rendues nécessaires

par l'état de l'enfant.

OUI NON

Autorise l'équipe d'animation à photographier mon enfant, les

photos pouvant être utilisées lors de manifestations, journaux...

OUI NON

NOM ET NUMERO DU MEDECIN TRAITANT :

.....

Date :

Signature :

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
OU DT polio			
OU Tétracoq			
BCG			
AUTRES :			

Joindre une photocopie du carnet de santé

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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

RUBEOLE OUI NON SCARLATINE OUI NON

VARICELLE OUI NON OTITE OUI NON

ANGINE OUI NON ROUGEOLE OUI NON

OREILLONS OUI NON

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI NON

ALLERGIES : ASTHME OUI NON

 ALIMENTAIRE OUI NON

 MEDICAMENTEUSE OUI NON

 AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

DIFFICULTES DE SANTE : (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre ;

RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES : (port de lentilles, de lunettes, prothèses auditives, dentaires...)
