



**Mairie de Saint-Pryvé Saint-Mesmin**  
**Maison des Jeunes et des Loisirs**  
**45750 St Pryvé St Mesmin**  
**☎ 02 38 56 06 44 ☎ 06 25 83 35 45**

**ANNEE 2011**

**Nom du jeune :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ...../...../..... **Sexe :** F  M

**Etablissement scolaire fréquenté :** .....

Veillez préciser si les parents sont divorcés ou séparés :  oui  non

Si oui, chez qui réside le jeune ?  père  mère  autre

⇨ Père

⇨ Mère

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

.....

.....

Code postal : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Ville : .....

Téléphone travail : .....

Téléphone travail : .....

Téléphone domicile: .....

Téléphone domicile : .....

Portable : .....

Portable : .....

m@il : .....

m@il : .....

Profession : .....

Profession : .....

Nom et adresse de l'employeur :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nombre d'enfants à charge : .....

N° d'allocataire à la C.A.F. du Loiret : .....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du jeune ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

### VACCINATIONS

**Veillez fournir la photocopie des pages concernant les vaccinations dans le carnet de santé du jeune.**

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

**Le jeune suit-il un traitement médical pendant le séjour ?**  oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments, dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

**Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

Rubéole  oui  non

Varicelle  oui  non

Angine(s)  oui  non

Rhumatisme articulaire aigu  oui  non

Scarlatine  oui  non

Coqueluche  oui  non

Otite(s)  oui  non

Rougeole  oui  non

Oreillon(s)  oui  non

### **Allergies**

Asthme  oui  non

Médicamenteuses  oui  non

Alimentaires  oui  non

Autres .....

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Indiquez ci –après :**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opération, 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, etc...

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**RESPONSABLE DU JEUNE**

Je soussigné,.....responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.

Date :

Signature :

**AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

Nom : .....Prénom : .....

N° téléphone : .....

Nom : .....Prénom : .....

N° téléphone : .....

**AUTORISATION DE SORTIES**

La MJL organise durant l'année des sorties (bowling, cinéma, ...) et des activités diverses (foot, basket, piscine...); afin que toutes ces activités se déroulent en toute sécurité nous vous demandons de bien vouloir remplir cette autorisation de sortie permanente pour l'année. Nous vous rappelons que **sans cette autorisation signée votre enfant ne pourra pas sortir avec la MJL.**

Je soussigné (e) Melle, Mme, M .....

accepte que mon enfant participe à toutes les activités physiques, sportives et/ou de pleine nature et sorties proposées par la MJL.

n'accepte pas que mon enfant participe à l'activité suivante :

Activité : .....

Motif (si médical, fournir un certificat): .....

.....

.....

Date

Signature

**Le jeune sait-il nager ?     oui     non**

**AUTORISATION DE PUBLICATIONS DE PHOTOS**

Je soussigné(e),.....responsable légal de l'enfant....., autorise la MJL à prendre et à diffuser des photographies de mon enfant par affichage ou sur des publications municipales.

Date :

Signature :