



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 :