



FICHE SANITAIRE

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Garçon Fille
 Numéro de portable de l'enfant : _____ Adresse email des parents : _____

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Votre enfant est vacciné contre : la Poliomyélite OUI / NON (entourer la réponse exacte),

autre : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, pour les séjours, 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)

autres : _____

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
 L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ : (Maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) et préciser les dates et les précautions à prendre.

.....

RECOMMANDATIONS (votre enfant porte des lunettes, des lentilles, une prothèse...)

.....

VOTRE ENFANT SUIV-IL UN REGIME ALIMENTAIRE ?

Si oui préciser :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénom.....

N° de sécurité sociale :

Adresse.....

Lien de parenté : père mère autre (préciser).....

Tél. fixe : domicile : Bureau :

Tél. portable : Bureau :

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN L'ABSENCE DU RESPONSABLE DU JEUNE

Nom et prénom : Tel :

Rappel de fonctionnement :

- L'accueil jeune du S.A.J est un accueil libre réservé aux jeunes âgés de 11 à 17 ans, à ce titre les inscrits peuvent entrer et sortir à leur convenance durant les heures d'ouverture.
- Inscription obligatoire pour accéder et participer aux animations.
- Toute inscription à une sortie est définitive et aucun remboursement ne sera possible (sauf sur avis médical, dans ce cas-là, la somme sera réutilisable pour d'autres activités).
- Le SAJ se réserve le droit d'annuler une sortie, en fonction du nombre d'inscrits.
- Lorsqu'une activité se déroule en soirée, les parents doivent obligatoirement venir récupérer leur enfant à la fin de l'animation.

Ce document fait office d'autorisation parentale pour la participation aux activités proposées par le S.A.J

Autorisations diverses :

- J'autorise la ville de Bois d'Arcy et plus particulièrement le Service Animations Jeunesse à réaliser des prises de vue de mon enfant et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au nom, à faire usage de ces captations dans le cadre de tous ses supports de communication de la ville
- J'autorise l'équipe du Service Animations Jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.
- J'autorise mon enfant à consommer les aliments préparés par le Service Animations Jeunesse dans le cadre des activités et/ou soirées.

(Merci de cocher les cases pour valider les autorisations).

Mention légale : Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par la direction jeunesse et sport de la Ville de Bois d'Arcy dans un fichier informatisé utilisé pour la gestion sanitaire des personnes inscrites aux activités proposées. Elles sont conservées **pendant un an** et sont destinées aux seuls services précédemment cités. Conformément à la loi « informatique et libertés » et au Règlement Général sur la Protection des Données, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de portabilité de vos données en contactant notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : correspondant.cnil@agglovgp.fr

Je soussigné responsable légal de l'enfant :

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,

Date : Signature :

Documents complémentaires à fournir :

- Certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive
- 10€ de cotisation (espèces ou chèques à l'ordre du trésor public)
- Copie de la carte d'identité de l'enfant
- Certificat d'aptitude à la pratique d'activités nautiques (obligatoire pour les sorties piscine, séjour...)
- Attestation d'assurance 2019/2020 pour les activités extra-scolaires
- Copie de la carte vitale