



FICHE DE LIAISON 2020- 2021

Adhésion
5€

Nom, Prénom du jeune:.....

Date et lieu de naissance :

Etablissement fréquenté :

Garçon

Fille

Nom, Prénom du responsable légal : père - mère - tuteur (1)

Adresse :

Code postal : Commune :

N° tél. domicile : N° tél. professionnel :

N°tél. mobile :.....

Adresse Email:.....@

Profession du responsable légal :

Employeur : Adresse :.....

Nom, Prénom du ou de la conjoint(e) : père - mère - tuteur- autre (1)

N° tél professionnel : N°tél mobile :.....

Profession du ou de la

conjoint(e) :

Employeur : Adresse :.....

N° Sécurité Sociale : C.M.U. : Oui Non

Mutuelle :..... N°:

Régime social : N°CAF : ou N°MSA:..... Bons MSA: Oui Non

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom, Prénom : Lien avec l'enfant :

N° tél. domicile : N° tél. professionnel : N° tél. mobile :.....

Si impossibilité de joindre les parents, à qui confier l'enfant :

Nom, Prénom : Lien avec l'enfant :

Adresse :

N°tél. domicile : N°tél. professionnel : N°tél. mobile :.....

Je soussigné(e), Nom : _____ Prénom : _____

donne au service jeunesse de la commune du Mené, la croix Jeanne Even Collinée 22330 Le Mené, l'autorisation de reproduire les photographies réalisées au cours des activités qu'il organise, et sur lesquelles figure mon enfant pour les usages suivants :

- Illustration du journal du centre, du site Internet, des réseaux sociaux et du bulletin de la commune,
- Affichage dans le cadre d'une exposition préparée par le service de la commune et à l'exclusion de tout usage commercial.

Je peux à tout moment demander par écrit l'annulation de cette autorisation.

Fait à le Signature:

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JEUNE

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). Vous pouvez fournir une copie des vaccins de votre enfant.

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance récente.

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

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Rubéole			Varicelle			Rougeole		
Coqueluche			Otite			Oreillons		
Angine			Rhumatisme articulaire aigu			Scarlatine		

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) :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération,..) 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...)

précisez :

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif):.....

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

J'autorise mon enfant à participer aux activités du service et à se baigner. J'atteste que mon enfant sait nager au moins 50 mètres.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Fait à Le Signature :