



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Tel : 05 56 78 13 00
Courriel : saj@mairie-cestas.fr

MERCI DE REMPLIR SCRUPULEUSEMENT CETTE FICHE.
LES INFORMATIONS QU'ELLE CONTIENT SONT DESTINEES
UNIQUEMENT AU SAJ ET, LE CAS ECHEANT, AUX SERVICES MEDICAUX.
TOUTE MODIFICATION DEVRA ETRE SIGNALEE PAR MAIL
A SAJ@MAIRIE-CESTAS.FR

ENFANT	
NOM :
PRENOM :
NE(E) LE :
FILLE <input type="checkbox"/>	GARÇON <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT (cochez la réponse)

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

(Si oui, merci de préciser dans informations utiles (ci-dessous) et 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 durant les activités.**

VACCINS DTP : Fournir la copie du carnet de santé ou un certificat médical pour justifier que l'enfant est à jour du DTP

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	DATE DU PROCHAIN RAPPEL
DTP (DIPHTERIE-TETANOS-POLIOMYELITIS)				

ALLERGIES :

MEDICAMENTEUSES	ALIMENTAIRES	ASTHME	AUTRES
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

.....

INFORMATIONS UTILES ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES - DIFFICULTÉS DE SANTÉ

(MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, TRAITEMENT, ETC...

REMARQUES, OBSERVATIONS OU INFORMATIONS POUVANT ÊTRE UTILE À L'ÉQUIPE D'ANIMATION.

Vous pouvez également joindre l'équipe du SAJ par téléphone pour toute situation particulière.

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

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

DATE :

SIGNATURE :





Service Animation Jeunes (11/17 ans)

SAJ : 05 56 78 13 00

N° enregistrement 033ORG0298

AUTORISATION PARENTALE

INFORMATION IMPORTANTE :

POUR PARTICIPER AUX ACTIVITES DU SAJ VOTRE ENFANT DOIT ETRE COUVERT PAR UNE ASSURANCE EN RESPONSABILITE CIVILE ET AVOIR L'AUTORISATION DU MEDECIN TRAITANT POUR LA PRATIQUE D'ACTIVITES SPORTIVES (VISITE ANNUELLE RECOMMANDEE). Il n'est pas nécessaire de nous fournir l'attestation d'assurance et le certificat médical mais de vous assurer que ces informations soient en règle.

Je, soussigné(e)..... mère/père/responsable légal (barrez les mentions inutiles)

autorise mon enfant : NOM PRENOM

COCHEZ LES CASES POUR AUTORISER :

- à participer aux activités et transports du SAJ (Service Animation Jeunes) de la Mairie de Cestas.
- la diffusion de photos de mon enfant prises lors des activités pour des publications sur des plaquettes municipales, sur le site internet de la Mairie de Cestas, pour d'éventuelles parutions dans le quotidien « Sud Ouest », des expositions photos.
- mon enfant, lors des sorties à Bordeaux, à se balader dans la rue Ste Catherine sans la présence physique des animateurs (voir les modalités de ce temps en autonomie sur le site de la mairie de Cestas - rubrique SAJ)
- à rentrer seul après l'activité organisée par le SAJ depuis le collège Cantelande ou du lieu de l'activité.

ADRESSE POSTALE :

QUARTIER : REJOUIT GAZINET LABIRADE PIERROTON TOCTOUCAU JAUGE BOURG HORS CESTAS
(ENTOUREZ VOTRE QUARTIER)

COORDONNEES TELEPHONIQUES :

Jeune :

MERE :

Domicile : Portable : Travail :

PERE :

Domicile : Portable : Travail :

Courriel :@.....

N° de portable prioritaire

(pour envoi d'information municipale par SMS) :

.....

REGIME DE SECURITE SOCIALE DE L'ASSURE AUQUEL EST RATTACHE L'ENFANT

Ressortissant du régime général (SS) : oui non

si non, précisez votre régime :

SIGNATURE (au moins un des 2 parents ou le responsable légal) :

DATE :/...../.....

MERE

PERE

RESPONSABLE LEGAL

