



Association le P.A.R.C.
(Projets Animations et Rencontres Culturelles)

191 rue d'Argentan BP.21 27160 BRETEUIL
Tél : 02 32 29 71 82 - Email : contact@associationduparc.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche doit nous être retournée avec le bulletin d'inscription et l'autorisation parentale. Ne dissociez jamais les trois documents. Remplissez cette fiche avec le plus grand soin : elle est indispensable pour un bon suivi sanitaire.

1. ENFANT
Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : ____/____/____ à _____
Numéro de mobile personnel du jeune (pour le secteur ados) : ____/____/____/____/____
Fille Garçon N° Sécurité Sociale : _ _ _ _ _

2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations).

REmplir ce tableau et photocopier le carnet de sante

Vaccins	oui	non	Dates des derniers rappels
BCG			
ROR			
DT polio			

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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.

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

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

ALLERGIES : Asthme Oui Non

Alimentaires Oui Non

Médicamenteuses Oui Non

Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

.....

.....

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant **les dates et les précautions à prendre.**

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

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez.

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

5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom

Adresse

.....

Téléphone domicile : ____/____/____/____/____.

Téléphone portable : ____/____/____/____/____.

Téléphone travail mère : ____/____/____/____/____.

Téléphone travail père : ____/____/____/____/____.

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone : ____/____/____/____/____.

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

Date : Signature



Association le P.A.R.C.

(Projets Animations et Rencontres Culturelles)

191 rues d'Argentan BP.21 - 27160 BRETEUIL

Tél : 02 32 29 71 82

Email : contact@associationduparc.fr

AUTORISATION PARENTALE SECTEUR JEUNES

Je soussigné(e),

Intervenant en tant que, domicilié à

Autorise mon fils / ma fille,

Né(e) le, à :

- Participer aux activités/sorties** sur lesquelles il / elle sera inscrite pendant les périodes scolaires et extra scolaires.
- Rentrer seul(e) après les activités/sorties ou lors des accueils jeunes** (mercredi, samedi et soirée du mardi, jeudi et vendredi).
- Prendre la navette** (minibus) allé et retour, au départ des différentes places des communes de l'NSE.
- Se déplacer en minibus**, conduit par une personne de l'équipe pédagogique de l'association le P.A.R.C. lors des activités/sorties pendant les périodes scolaires et extra scolaires.
- Partir en séjour ou séjour court de vacances** organisé par l'association, dirigé par l'équipe pédagogique et conforme à la réglementation de Jeunesse et Sport.
- Diffuser l'image de mon enfant** dans la presse, sur le site internet ou le Facebook de l'association, lors des projets vidéo et expo photos ou tout autre document et support.

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

Par ailleurs, je m'engage à rembourser à l'Association le P.A.R.C. les frais chirurgicaux, pharmaceutiques et frais annexes dont l'avance aurait été faite.

Je prends bonne note qu'en cas de renvoi pour une quelconque cause, il ne sera fait aucun remboursement des sommes versées.

Fait à, le

Le signataire écrira de sa main : « Lu et approuvé, bon pour autorisation parentale ». Signature: