



## VILLE DE CAGNES-SUR-MER

### SERVICE JEUNESSE

Structures : Planète Jeunes, Espace Jeunes, Studio 25, CLJ

#### Renseignements concernant l'adhérent :

Nom : ..... Prénom : ..... Age : .....

Date de naissance .....

Établissement scolaire .....

Votre enfant est-il suivi par une Auxiliaire de Vie Scolaire ? Oui  Non

Tél. Jeune .....

Mail .....

Taille ..... Poids ..... (Équipements ski et activités nautiques)

#### Renseignements concernant les parents (ou ayant charge) :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Ville : .....

Tél. Domicile .....

Tél. portable Mère .....

Tel. portable Père .....

E-mail .....

Régimes :  CAF  MSA  Autres (Monaco...)

#### Pièces à fournir lors de l'adhésion :(photo ou PDF)

- Assurance extra-scolaire
- Photocopie pièce identité
- Photocopie des vaccins (ou certificat médical mentionnant que les vaccins sont à jour)
- Photo de l'enfant

**MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**

Code de l'Action Sociale et des Familles

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en sept 2024. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

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

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole Oreillons Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| Ou DT polio          |     |     |                            | BCG                        |       |
| Ou Tétracoq          |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |

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

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

L'enfant a-t-il un PAI oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente, le PAI 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   | VARICELLE   | ANGINE  | OREILLONS   |
|---|---|---|---|
| oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| SCARLATINE  | COQUELUCHE  | OTITE   | ROUGEOLE  |
| oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |

**Allergies :**

|                  |   |
|------------------|---|
| ASTHME           | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| ALIMENTAIRES     | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| MEDICAMENTEUSES  | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| AUTRES Allergies |   |

**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, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.**

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

**Recommandations utiles des parents : Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.**

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

**Observations diverses :**

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

**Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, 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 de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.**

**Médecin traitant :**

Nom : .....

Tél : .....

N° de sécurité sociale de l'enfant : . / . . / . . / . . / . . . / . . . / . . . / . . .

### **Autorisation de diffusion d'images :**

Autorise

N'autorise pas

*La ville de Cagnes-sur-Mer à utiliser les clichés photographiques, réalisés par ses services, mettant en scène mon enfant.*

*Cette autorisation porte sur l'ensemble des documents édités, sur tous types de supports de reproduction et m'engage à ne réclamer aucun droit de reproduction.*

### **Attestation sur l'honneur :**

*Je soussigné(e), Madame, Monsieur....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche :*

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par le Service jeunesse.*
- Certifie que mon enfant est à jour de ses vaccinations et autorise l'équipe de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*
- Valide le fonctionnement de la structure et les conditions générales d'inscription et d'annulation remis lors de l'inscription.*

**Le**

**Signature du représentant légal :**

*Conformément aux recommandations de la CNIL, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données qui vous concernent auprès de ce service : Mairie de Cagnes-sur-mer – Place de l'hôtel de Ville 06800 Cagnes-sur-mer ou par mail à [jeunesse@cagnes.fr](mailto:jeunesse@cagnes.fr)*