



DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA COHESION SOCIALE ET
DE LA PROTECTION DE LA POPULATION DES DEUX SEVRES

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

CETTE FICHE PERMET AU CENTRE SOCIOCULTUREL D'AVOIR DES INFORMATIONS UTILES A LA SECURITE DE VOTRE ENFANT DURANT SA PRESENCE AU NEW RANCARD, MERCI DE LA REMPLIR AVEC ATTENTION.

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

MERCI DE JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES VACCINS (Carnet de santé)

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2- RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 DEJA 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 et/ou Protocole d'Accueil individualisé PAI, le signaler et le fournir).

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

INDIQUEZ CI-APRES :

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

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

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

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

N° de Sécurité Sociale : **JOINDRE L'ATTESTATION**

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père (titulaire de l'autorité parentale) :

Nom
Prénom
Portable
Téléphone domicile :
Téléphone bureau :
Portable :
Adresse :
.....
.....
Mail
N° Allocataire CAF MSA :

Mère (titulaire de l'autorité parentale) :

Nom
Prénom
Portable
Téléphone domicile :
Téléphone bureau :
Portable :
Adresse :
.....
.....
Mail
N° Allocataire CAF MSA :

En cas de garde alternée, veuillez préciser le nom du parent responsable de la garde pendant la durée de l'inscription.....

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous **prévenir rapidement** :

5 – AUTORISATION

Je soussigné, responsable légal de l'enfant,

- ✓ **Autorise** le C.S.C. à administrer à mon enfant les éventuelles médications prescrites par notre médecin, sur présentation de l'ordonnance.
 Oui Non
- ✓ **Autorise**, au préalable, toute intervention chirurgicale jugée nécessaire par les médecins du fait de l'état de santé de mon enfant, **pour le cas où aucun des deux parents ne pourrait être joint en temps utile pour être présent ou pour consentir à cette intervention.**
 Oui Non
- ✓ **Autorise** le C.S.C., en cas d'indisponibilité absolue des deux parents, à reprendre l'enfant à la sortie de l'Établissement de santé.
 Oui Non
- ✓ **Autorise** le C.S.C. à reproduire librement et gratuitement des photographies et vidéos de mon enfant dans ses différentes publications dans le cadre :
- matérielisé (Presse, plaquette, exposition...) Oui Non
- dématérialisé (Internet...) Oui Non
- ✓ Le New Rancard est un lieu pour les jeunes à partir de 11 ans où les entrées et les sorties sont libres. La responsabilité du C.S.C. ne peut être engagée qu'à l'intérieur des locaux du New Rancard, à partir de la porte d'entrée, au 72 avenue Saint Hubert à Nueil-Les-Aubiers.
- ✓ Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à lister les adhérents du New Rancard. Les destinataires des données sont : le secrétariat et le service jeunesse du Centre SociCulturel de Nueil-Les-Aubiers. Depuis la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à l'accueil du Centre SocioCulturel de Nueil-Les-Aubiers.

Saison 2023/2024

Déclare l'exactitude des données

Fait à
Le

Signature :

Saison 2024/2025

Déclare l'exactitude des données

Fait à
Le

Signature :

Saison 2025/2026

Déclare l'exactitude des données

Fait à
Le

Signature :

En cas de modification des données, merci de corriger et de nous fournir les documents nécessaires.