

L'adolescent

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Âge ans
 Garçon Fille Téléphone :

Responsable légal 1

Nom, Prénom :
 Rue :
 Code Postal : Ville :
 N°Tél. en cas d'urgence : N°Tél. domicile :
 N° Tél. Travail :
 Adresse E-mail :

Responsable légal 2

Nom, Prénom :
 Rue :
 Code Postal : Ville :
 N°Tél. en cas d'urgence : N° Tél. domicile :
 N° Tél. Travail :
 Adresse E-mail :

Affiliation

N° sécurité sociale :
 Régime Général : CAF MSA Autre (préciser) :
 N° Allocataire :
 Titulaire carte loisir : Tarif A ou Tarif B (fournir l'attestation)

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

1/ Nom, prénom : 2/ Nom, prénom : 3/ Nom, prénom :

 Lien : Lien : Lien :
 Tél : Tél : Tél :

Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Date des derniers rappels | Vaccins recommandés | Date |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|----------------------------|------|
| 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

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Renseignements médicaux :

- Traitement médical

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

Si un traitement est à prendre durant toute ou une partie du séjour, 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.) S'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation du produit devront être décrites.

.....

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Nom et numéro du médecin traitant :

- Informations médicales

Veuillez indiquer ci-dessous les antécédents médicaux ou chirurgicaux ou tout autre élément d'ordre Médical considéré par les responsables légaux du mineur comme susceptible d'avoir des répercussions durant le déroulement du séjour.

Conditions générales

Ayant pris connaissance du fonctionnement du Pôle Ados, je soussigné(e), (nom et prénom)
 responsable légal de l'enfant (nom et prénom)

1. Autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs
2. Certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche sanitaire de liaison
3. Décharge les organisateurs de toute responsabilité d'accident qui pourrait survenir avant ou après le fonctionnement du Pôle Ados auquel l'ado est inscrit
4. Autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale
5. M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancées par les organisateurs en raison des soins engagés
6. L'association décline toute responsabilité concernant le transport des enfants par des membres de l'association ou bénévoles.
7. Les absences ne seront remboursées que sur présentation d'un certificat médical.

Autorisation

- Autorise mon enfant à apparaître sur des photos et/ou vidéos sur le site de l'association, dans la presse et sur les réseaux sociaux
- Autorise mon enfant à participer aux activités et sorties organisées par le Pôle Ados
- Autorise les organisateurs à transporter mon enfant lors des activités programmées ou organisées spontanément
- Autorise mon enfant à venir s'inscrire lui-même aux activités proposées par le Pôle Ados ,ce qui m'engage à régler les activités payantes

Au choix :

- Le jeune ne part qu'avec un adulte autorisé
- Le jeune peut partir seul à partir de 17H
- Le jeune peut partir seul quand il le souhaite

Faire procéder la signature de la mention « Lu et approuvé »

A Condé-Sur-Vire, le .../.../...

Signature :