

Fiche sanitaire de liaison pour le P.A.J.

2018-2019

IMPORTANT ! A cette fiche, doivent être jointes les photocopies du carnet de vaccinations.

- IDENTITE DU JEUNE : SEXE : Fille Garçon

Nom :	Prénom :
Date et lieu de naissance :	

- Existe-t-il des contres indications médicales pour la pratique de certaines activités ?
Si oui, lesquels ? (Un certificat de contre-indication pourra être joint)

.....

.....

.....

- Le jeune a-t-il un régime alimentaire à respecter ?

Sans porc Autre, préciser :

- Le jeune est-il allergique à certains aliments ou médicaments ?
Si, oui lesquels ?

.....

.....

.....

- Autres informations :

.....

.....

.....

- MEDECIN TRAITANT :

Nom :	TEL :
Adresse :	

- PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT :

Nom :	TEL :
Nom :	TEL :
Nom :	TEL :
Nom :	TEL :

- Les maladies suivantes ont-elles été contractées ?

RUBEOLE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	VARICELLE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	ANGINES <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	RHUMATISMES <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	SCARLATINE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	OTITES <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	ASTHMES <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	OREILLONS <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI

Mairie - Service Municipal de la jeunesse, rue Saint Antoine – 77178 Saint-Pathus

☎ Mairie : 01.60.01.01.73 – ☎ Carine : 06.66.29.24.61 – ☎ PAJ : 01.60.01.34.28

✉ : animation.jeunesse@saint-pathus.fr

• **RENSEIGNEMENT SUR LA FAMILLE (Responsable légal) :**

Nom :		Prénom :	
Situation familiale :			
N°CAF :			
Adresse :		CP, Ville :	
TEL :		Email :	

PERE, MERE, Responsable légal : (rayer la mention inutile)

Nom : Prénom :

Mail :

① Domicile : Portable :

Employeur : Profession :

① Professionnel :

N° de S. Sociale : Centre de S. Sociale :

PERE, MERE, Responsable légal : (rayer la mention inutile)

Nom : Prénom :

Mail :

① Domicile : Portable :

Employeur : Profession :

① Professionnel :

N° de S. Sociale : Centre de S. Sociale :

AUTORISATION RESPONSABLE LEGAL MEDICALE

Je (nous) soussigné(es), agissant en qualité de père, mère, représentant légal (rayer la mention inutile) déclare (déclarons) exact les renseignements portés sur cette fiche et :

- J' (nous) autorise (autorisons) le responsable du PAJ de Saint Pathus à prendre le cas échéant toutes les mesures nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie...)
- Je (nous) m'engage (engageons) à payer la part des frais de séjour incombant à la famille (frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle...)
- Je (nous) m'engage (engageons) à prendre en charge les suppléments dus à un retour individuel de mon (notre) enfant, ainsi que les frais d'accompagnement.
- Je (nous) certifie (certifions) que mon (notre) enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et que l'ensemble de ces vaccins est à jour.

Date et signature des parents ou représentant légal

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

Pièces à fournir :

Photocopie des vaccins du carnet de santé

Mairie - Service Municipal de la jeunesse, rue Saint Antoine – 77178 Saint-Pathus

① Mairie : 01.60.01.01.73 – ① Carine : 06.66.29.24.61 – ① PAJ : 01.60.01.34.28

✉ : animation.jeunesse@saint-pathus.fr