

4 - **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

1 - ENFANT  
 NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
 ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

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

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 (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)..... BUREAU : .....

Si votre enfant a déjà participé à un projet du CMJ en 2023 ou à l'accueil de loisirs 2023, vous n'êtes pas obligés de remplir cette fiche sanitaire sauf si des changements sont à signaler.

# Le Conseil Municipal des Jeunes



## ORGANISE SA TOUTE 1ERE ANIMATION



### Ateliers Créatifs & Festifs

De 14 h 00 à 17 h 30  
 salle Michel Berger (sous réserve)  
 le 28 décembre 2023

Réservés au CP jusqu'en 6ème  
 (places limitées dans l'ordre des inscriptions)

Avec la présence des enfants du 1<sup>er</sup> CMJ

**INSCRIPTION A RENDRE en mairie  
 ou dans la boîte à lettres de la mairie  
 AVANT LE VENDREDI 22 DECEMBRE**

**(une feuille  
 par enfant)**

Nom	Prénom	Date de naissance	Classe fréquentée



Cette fiche d'inscription doit être complétée (pages 1, 2, 3, 4)

## Renseignements

La mère	Nom : ..... Prénom : .....
Le père	Nom : ..... Prénom : .....
Adresse de l'enfant	..... Tél. maison : __/__/__/__/__
Adresse mail	.....@.....
Personnes à prévenir en cas d'urgence	1) Nom : ..... Tél : __/__/__/__/__ 2) Nom : ..... Tél : __/__/__/__/__ 3) Nom : ..... Tél : __/__/__/__/__



## Règlement « Animation : Ateliers créatifs »

- **Décharge l'organisateur « La municipalité de LUMBRES »** de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue, pendant l'animation et après le départ de l'enfant.
- Age du participant : **SCOLARISE EN CP JUSQU'À LA 6EME**
- Autorise, en cas d'urgence, la personne référente à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de mon enfant.
- M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par l'organisateur en raison des soins engagés.
- Autorise les animateurs Jeunesse à prendre mon fils/ma fille en photo, à utiliser cette/ces photo(s) pour une publication : sur le site Internet de la Ville de LUMBRES ou Facebook, sur tout support d'information relatif à la promotion des animations jeunesse.

*Ces prises de vue ne pourront être ni vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus.*

- Certifie que mon enfant ne présente aucun symptôme de maladie contagieuse, qu'il n'est pas atteint d'affection cutanée transmissible, qu'il n'est pas porteur de parasites.
- Le port des bijoux ou d'objets de valeur se fait sous la responsabilité des parents. L'organisateur décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.
- Certifie exact les renseignements portés sur la présente fiche.  
Ayant pris connaissance du fonctionnement et du règlement intérieur de l'animation « Ateliers créatifs & festifs », je soussigné(e).....  
responsable légal de l'enfant : .....

Fait à .....

Le .....

Lu et Approuvé,  
Signature du Responsable