



## OPERATION ETE JEUNES EDITION 2019

### **Le jeune**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date De Naissance : .....  
Lieu De Naissance : .....  
Adresse : .....  
Tel : ..... Mail : .....@.....

### **PERE :**

Nom Prénom : .....  
Profession : .....  
Tel : ..... Mail : .....@.....  
Adresse (si différente de celle du jeune) .....

### **MERE :**

Nom Prénom : .....  
Profession : .....  
Tel : ..... Mail : .....@.....  
Adresse (si différente de celle du jeune) .....

### **PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DE LA FAMILLE :**

Nom Prénom : .....  
Adresse : .....  
Tel : .....

### **ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE :**

ORGANISME : .....  
ADRESSE : .....  
N° de contrat : .....

### **MEDECIN TRAITANT :**

NOM : .....  
Tel : .....

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné : ..... demeurant à .....  
Responsable légal de : .....

### **AUTORISE :**

- Celui-ci à pratiquer les activités proposées dans le cadre de « opération été jeunes 2019 » mises en place sur la Communauté de Communes du Grand Armagnac.
- L'équipe encadrante de la Communauté de Communes à photographier, à enregistrer la voix ou à filmer mon enfant dans le cadre de ses activités, les images pourront être utilisées au cours d'animations ou diffusées (sans but lucratif)
- Les responsables à prendre toutes mesures d'urgences qu'ils jugeront nécessaires en cas d'accident.

Date :

Signature

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)



## DECHARGE DE RESPONSABILITE

Responsable légal :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse .....

.....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... / .....

Mail : .....

Le jeune :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : ... / ..... / .....

Condition de responsabilité :

La responsabilité des personnes encadrant les activités est engagée durant l'amplitude d'accueil du jeune, entre 8h et 17h ( ainsi que la soirée proposée avec les parents ).

Les jeunes sont à nouveau sous la responsabilité du responsable légal en dehors de ces horaires.

Le

**Signature du jeune**

*(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)*

**Signature du représentant légal**

*(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)*



# 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
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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

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 ?

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

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 : ..... BUREAU : ..... NOM ET TÉL. DU MÉDECIN

TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné,.....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.*

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

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

**OBSERVATIONS**

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