

DROIT A L'IMAGE/AUTORISATIONS
FICHE SANITAIRE DE LIAISON
ANNEE 2017

L'ENFANT ou LE JEUNE : Garçon Fille

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age :

Téléphone du responsable légal :

DROIT A L'IMAGE :

J'autorise Je n'autorise pas

Le service Enfance/Jeunesse de la Communauté de Communes de la Baie du Cotentin, à utiliser mon image et/ou celle de mon enfant, dans le cadre des projets, des activités et des événements organisés faisant l'objet d'une valorisation d'actions de communication, pour une diffusion publique gratuitement distribuée et non marchande, sur tout support, électronique ou matérialisé, ainsi qu'à conserver ces images pour une durée indéterminée, en sachant que l'utilisation qui pourra en être faite ne portera en aucun cas atteinte à l'intégrité de la personne.

DEPART DE L'ENFANT :

- Autorise l'enfant à rentrer seul(e) : OUI
- N'autorise pas l'enfant à rentrer seul(e) : NON

SANTE /VACCINATION : (photocopies des vaccins à joindre)

L'enfant a-t-il déjà eu : <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Autres :
--	---

L'enfant est-il suivi pour /Préciser : <input type="checkbox"/> Allergies..... <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Rhumatismes <input type="checkbox"/> Autres :	L'enfant est-il fréquemment sujet à : <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Bronchite <input type="checkbox"/> Rhino-pharyngite <input type="checkbox"/> Autres :
---	--

- A-t-il un traitement ? OUI NON
- A-t-il un protocole ? OUI NON (*Fournir le protocole*)
- Devra-t-il suivre ce traitement ou un autre durant une sortie ou un séjour ? OUI NON
- *Dans ce cas, fournir les médicaments et l'ordonnance au responsable, au départ, dans un sac fermé avec le nom de l'enfant..*

Vaccins à jour : OUI NON (Si l'enfant a des contre-indications à l'une des vaccinations, fournir un certificat médical)

L'enfant porte-t-il ?

- Des lunettes : OUI NON
Quand doit-il les porter ?
- Un appareil ou une prothèse dentaire : OUI NON
- Des appareils auditifs OUI NON
- Autres :

L'enfant suit-il un régime alimentaire : OUI NON

- Si oui, lequel ?

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? OUI NON

A-t-il eu une opération chirurgicale récente ? OUI NON Date :

Si oui, laquelle :

Recommandations supplémentaires (soucis d'énurésie, d'encoprésie, terreurs nocturnes, angoisses.....n'hésitez pas à mentionner tous les éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à votre enfant) :

.....

L'enfant a-t-il un suivi éducatif (éducateur...) ? OUI

Si oui, souhaitez-vous communiquer les coordonnées de la personne :

Nom/Prénom/Téléphone/Organisme :

.....

La fiche sanitaire se substitue au carnet de santé de votre enfant.

AUTORISATION D'HOSPITALISATION ET DE TRANSPORT

Je, soussigné(e), Monsieur ou /et Madame :

Agissant en qualité de : Père – Mère – Tuteur / Autorise N'autorise pas le responsable, en cas de maladie ou d'accident de l'enfant à prendre sur avis médical toutes les mesures d'urgence tant médicales, que chirurgicales y compris l'anesthésie.

Autorise le transport en car ou en minibus de l'enfant dans le cadre des sorties organisées par les structures

Fait à le

SIGNATURE DU ou DES RESPONSABLE(S) LEGAL (AUX)