

**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)**