

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## **CLUB JEUNES 11-17 ANS**



JEUNE								
NOM : Prénom :								
Date de naissance :					□ Fille	□ Garçon		
Votre enfant est	reconnu	handicap	é par la M	DPH: □	OUI 🗆 NO	ON		
Si OUI, bénéficie	z-vous de	l'AEEH:	□О	UI 🗆 NO	ON			
Si oui fournir l'at	testation	MDPH av	ec ou san	s AEEH				
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication								
Attention : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication								
RENSEIGNEME	NTS MED	DICAUX C	ONCERN	IANT L'ENFA	NT			
L'enfant suit-il <b>un traitement médical</b> ? □ OUI □ NON								
Si oui, joindre une <b>ordonnance récente</b> et les <b>médicaments</b> correspondants <b>(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)</b>								
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance								
			L'ENFAN	T A-T-IL DEJA	EU LES MALA	<u>.DIES SUIVANTES</u> :		
Rubéole	☐ Oui	☐ Non			Rhumatism	e articulaire aigu	☐ Oui	☐ Non
Varicelle	□ Oui	□ Non			Scarlatine		☐ Oui	□ Non
Angine	□ Oui	□ Non			Oreillons		☐ Oui	☐ Non
Coqueluche	□ Oui	□ Non			Rougeole		☐ Oui	□ Non
Otite	□ Oui	□ Non						
ALLERGIES : Asthme		□ Oui	□ Non		Médicamenteuses	□ Oui □	Non	
Alimentaires		□ Oui	□ Non		Autre :			
Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :								

INDIQUEZ CI-APRES :
Les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et <b>les précautions à prendre</b>
RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires Précisez
RESPONSABLE DE L'ENFANT
Nom :Prénom :
Adresse :
Tél. Domicile : Portable :
Bureau :
Nom et Numéro du médecin traitant (facultatif) :
Je soussigné(e),
Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale rendues nécessaires par l'état de l'enfant
☐ Atteste et certifie l'exactitude de tous les documents y compris ceux relatifs à la vaccination qui engagent ma responsabilité quant à leur véracité.

L'utilisation des données personnelles dans le cadre de ce traitement relatif à la fiche sanitaire de liaison pour le Club Jeunes est strictement soumise à la règlementation en vigueur sur la protection des données personnelles. Le responsable de ce traitement est la Mairie d'Entraigues-sur-la-Sorgue. Ces données seront conservées pendant la durée nécessaire à la réalisation des finalités au sein de la Mairie d'Entraigues-sur-la-Sorgue. Au-delà, ces données pourront être archivées sur un support informatique distinct et à accès très limité, conformément aux règles applicables en matière d'archives publiques et d'archives privées. Pour plus d'information sur vos droits et la manière dont nous utilisons vos données personnelles, vous pouvez consulter nos mentions légales et notre politique de confidentialité: https://ville-entraigues84.fr/politique-de-confidentialite-rgpd ou contacter directement notre Délégué à la protection des données à l'adresse mail suivante : rgpd@mairie-entraigues.fr

Date:

Signature: