



Fiche sanitaire de liaison 2024-2025



Club ados et vendredis sportifs

Merci de joindre à ce dossier, la photocopie de l'assurance extra-scolaire 2024-2025, un justificatif de domiciliation et les photocopies des pages de vaccination du carnet de santé.

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Tél de l'enfant :

Prénom :

N° CAF :

Sexe : Fille

Garçon

Age :

Adresse de l'enfant :

Ville :

Responsable légal 1 :

Père

Mère

Autre, préciser :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale :

Adresse :

Tél :

E-mail :

Nom de l'employeur :

Tel de l'employeur :

Responsable légal 2 :

Père

Mère

Autre, préciser :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale :

Adresse :

Tél :

E-mail :

Nom de l'employeur :

Tel de l'employeur :

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant et à prévenir en cas d'urgence (si le responsable légal n'est pas joignable) :

Mr, Mme

Tel :

Mr, Mme

Tel :

Mr, Mme

Tel :

Mr, Mme

Tel :

Calcul du quotient familial pour le Club Ados : Joindre une copie de votre dernier avis d'imposition définitif (2023). Sans votre avis d'imposition, le tarif Champenois le plus haut vous sera appliqué.

Renseignements MEDICAUX concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical : oui non

Si oui : joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfants). **Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.**

ALLERGIE :

Asthme

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Médicamenteuse

Alimentaire

Autre :

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :

Sans porc

Sans viande

PAI (à préciser ci-dessous)

DIFFICULTES de santé (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération ...), préciser les dates et les précautions éventuelles à prendre :

Diptérie	oui	non
Tétanos	oui	non
Poliomyélite	oui	non
DT polio	oui	non
Tétracoq	oui	non
BCG	oui	non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole :	oui	non	Varicelle :	oui	non	Rhumatisme :	oui	non
Angine :	oui	non	Scarlatine :	oui	non	Coqueluche :	oui	non
Otite :	oui	non	Rougeole :	oui	non	Oreillons :	oui	non

RECOMMANDATIONS utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...
Précisez :

Nom et tél du médecin traitant (facultatif) :

Assurance : Nom de la compagnie :

N° de contrat :

Régime sécurité social : (MSA, EDF/GDF, RATP, SNCF, Banque de France ...)

Autre régime :

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du club ados à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Mairie de Champagne-sur-Oise dans le but de ses missions de service public. Elles sont conservées pendant 1 an et sont destinées à la Mairie de Champagne-sur-Oise Conformément aux lois « Informatique & Liberté » et « RGPD », vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification ou d'opposition en nous contactant par mail à rgpd@villedechampagne.fr