|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   |  |

|  |
| --- |
| ***FICHE SANITAIRE DE LIAISON* *2022/2023****CLUB ADOS ET VENDREDIS SPORTIFS* |

 |

**NOM DE L’ENFANT** : …………………………………………. Prénom : ………………………………………………….Date de naissance : ……………………………………………N° CAF : ………………………………………………….Tél de l’enfants :………………………………………………Sexe : Fille □ Garçon □ Age: ……………………Adresse de l’enfant : …………………………………………………………………………………………………………………………. Ville : …………………………………………… Code postal : ……………. Nationalité : ………………………………. **Responsable l’égal 1** Père Mère Autre, préciser : Nom : …………………………………………. Prénom : ………………………………………Situation familiale : …………………………...Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………. Tél : ……………………………………………... N° de sécurité sociale : …………………………………Nom de l’employeur : ……………………………………………… Tél de l’employeur : …………………………………… **E-mail** : ……………………………………………………………. **Responsable l’égale 2** Père Mère Autre, préciser : Nom : ………………………………………… Prénom ……………………………………….Situation familiale : ………………………….Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………Tél : ………………………………………………………………………………………………………………………………………...Nom de l’employeur : ……………………………………………… Tél de l’employeur : ……………………………… **E-mail :** ……………………………………………………………**PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D’URGENCE (SI LE RESPONSABLE LÉGAL N’EST PAS JOIGNABLE)**  Mr., Mme…………………………Tél : ………………………… Mr., Mme…………………………Tél : ………………………… Mr., Mme…………………………Tél : ………………………… Mr., Mme…………………………Tél : …………………………Mr., Mme…………………………Tél : ………………………… Mr., Mme…………………………Tél : ………………………… **Calcul du quotient familial pour le Club Ados :** Joindre une copie de votre dernier avis d’imposition définitive (2022). Sans 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 nonSi oui : joindre **l’ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants **(boites 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 : |
| **VACCINATIONS ET MALADIES** (se référer au carnet de santé de l’enfant et joindre une photocopie)**VACCINS OBLIGATOIRES Dates derniers rappels Observations**Diphtérie oui nonTétanos oui non Poliomyélite oui nonDT polio oui nonTétracoq oui nonBCG oui non**L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**Rubéole : oui non Varicelle : oui non Rhumatisme : oui nonAngine : oui non Scarlatine : oui non Coqueluche : oui nonOtite : 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 :** N° de contrat :**Régime sécurité social** : (MSA, EDF/GDF, RATP, SNCF, Banque de France …) Autre régime : Je soussigné, …………………………………………. 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-OiseConformément 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**Mairie de Champagne-sur-Oise** : 8 bis place du Général de Gaulle – 95660 CHAMPAGNE-SUR-OISETél : 01 30 28 77 77 – Fax : 01 39 37 03 88 – [www.champagne95.fr](http://www.champagne95.fr) |