|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  | |  | | --- | | ***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 non  Si 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 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 :** 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-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](mailto:rgpd@villedechampagne.fr)  **Mairie de Champagne-sur-Oise** : 8 bis place du Général de Gaulle – 95660 CHAMPAGNE-SUR-OISE  Tél : 01 30 28 77 77 – Fax : 01 39 37 03 88 – [www.champagne95.fr](http://www.champagne95.fr) |