



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023/2024

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'égal 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 (2023). 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 (**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 :

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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tétanos	oui	non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Poliomyélite	oui	non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DT polio	oui	non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tétracoq	oui	non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BCG	oui	non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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