

7- Autorisation parentale de pratique d'activités.

Par ailleurs, j'autorise la direction de l'Accueil de Loisirs Adolescents à faire pratiquer à mon enfant toutes les activités programmées :

- Activités sportives, activités manuelles ;
- Activités culturelles ou de détente, ainsi que ;
- Toutes les sorties hors communes (quel que soit le mode de transport).

8- Droit à l'image.

J'autorise la publication et la diffusion de photos ou de vidéos de mon enfant pour toutes activités ou communication du service enfance jeunesse.

OUI

NON

9- Autorisation parentale annuelle.

Je suis informé(e) que l'Accueil de Loisirs Adolescents étant une structure en milieu ouvert, j'autorise mon enfant à venir et partir seul de l'accueil de loisirs adolescents quelle que soit l'heure de la journée.

Dans le cas contraire si vous ne souhaitez pas que votre enfant quitte seul le Club l'accueil de loisirs ados merci de l'indiquer en cochant la case concernée et de remplir les renseignements ci-dessous :

Je ne souhaite pas que mon enfant rentre seul :

Je soussigné(e) : _____

Responsable légal de l'enfant : _____

Autorise les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant à l'accueil de loisirs adolescents.

NOM	PRENOM	LIENS DE PARENTE	TELEPHONE

Toute autre personne non mentionnée ci-dessus ne pourra récupérer mon enfant. Je décharge l'accueil de loisirs adolescents de toutes responsabilités à compter du départ de mon enfant.

Date et signature du responsable légal :



INFOJEUNES_BEAUCHAMP

Service Jeunesse Club Ados

8, avenue de l'égalité 95250 BEAUCHAMP
Tél. 06.65.73.88.13 / 06.38.04.23.75
@ : cl-ados@ville-beauchamp.fr

Cotisation annuelle 2€



Photo
Récente
Obligatoire

FICHE SANITAIRE 2024/2025

1- L'enfant.

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Sexe : fille garçon

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

2- Vaccinations. (Se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Date dernier rappel	Vaccins recommandés	
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole- oreillons - rougeoles.	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou tétracoq					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.

Attention les vaccins anti- tétanique ne présente aucune contre-indication.

3- Renseignements médicaux concernant l'enfant.

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a t il déjà eu les maladies suivantes :

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> |
| Scarlatine | | |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Oreillons |
| <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Rougeole |

Allergies :

- | | | | | | |
|-------------|------------------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|--------------------------|
| Asthme | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Médicamenteuses | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> |
| non | | | | | |
| Alimentaire | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Autres | _____ | |

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si auto-médication le signaler).

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations et.).

Nom du médecin de famille : _____

Téléphone : _____

4- Recommandations utiles des parents.

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

5- Responsable de l'enfant.

NOM _____ PRENOM _____

ADRESSE :

N° de sécurité sociale : _____

Adresse du centre payeur :

Téléphone (fixe et portable)

Domicile : _____

Travail : _____

e-m@il : _____

Numéro de l'enfant (facultatif) : _____

6- Autorisation parentale d'hospitalisation.

Je soussigné(e) : _____ responsable légal de l'enfant _____, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du centre d'accueil et de loisirs adolescents à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale, rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____

Signature du responsable de l'enfant :