

Fiche sanitaire de liaison

SÉJOUR
radio

2^e édition
2026

13-17 ANS



NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

DOCUMENTS À FOURNIR

- PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION
- ATTESTATION D'ASSURANCE EXTRASCOLAIRE
- PHOTOCOPIE D'UNE PIÈCE D'IDENTITÉ DU JEUNE
- SAVOIR NAGER

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

INDIQUER LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ, EN PRÉCISANT LES DATES
(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

RÉGIME ALIMENTAIRE, TROUBLE DE CONDUITE, TROUBLE DYS, ...

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

VOTRE ENFANT A-T-IL UN PAI ? OUI NON

VOTRE ENFANT EST-IL BÉNÉFICIAIRE DE L'AEEH ? OUI NON

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

ADRESSE :

.....
.....
.....

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

- PORTABLE :/...../...../...../.....
- TRAVAIL :/...../...../...../.....
- AUTRE :/...../...../...../.....

COURRIEL :

.....
.....

VACCINATIONS

JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATIONS OU UNE ATTESTATION DE VACCINATION DU MÉDECIN.

Si l'enfant n'est pas vacciné, merci de présenter un certificat médical.

TRAITEMENT MÉDICAL

VOTRE ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? OUI NON

Si oui, lequel ?

.....
.....
.....

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant l'accueil, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments (dans leurs boîtes d'origine).

PERSONNES AUTORISÉES à venir chercher mon enfant

UNIQUEMENT DES PERSONNES MAJEURES

| Nom | Prénom | Date de naissance | Lien avec l'enfant |
|-----|--------|-------------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

PERSONNES NON-AUTORISÉES

| Nom | Prénom | Date de naissance | Lien avec l'enfant |
|-----|--------|-------------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DROIT À L'IMAGE Détail des publications

Les photos pourront être publiées sur différents supports de communication internes et/ou externes. Merci de préciser pour chaque support, l'autorisation ou non de la diffusion d'images où apparaît votre enfant. Ces photos présenteront généralement les jeunes en groupe. Un droit de rectification est toujours possible.

J'AUTORISE LA DIFFUSION DE PHOTOS :

INTERNE : MJC DU SÉJOUR ET ADMJC

Affiches & Brochures

OUI NON

Site internet

(Pas de réseaux sociaux)

OUI NON

EXTERNE

Presse locale

(Bulletins municipaux et Le Dauphiné)

OUI NON

Je soussigné.e, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le / la responsable de l'accueil ou du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE :