



NOM de l'enfant

Prénom de l'enfant

Né(e) le à

Adresse complète :

Mail parents : Téléphone domicile :

COORDONNEES DES PARENTS OU DU TUTEUR LEGAL

Monsieur :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Téléphone portable :

Mail :

Madame :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Téléphone portable :

Mail :

ASSURANCE

Nom de la compagnie d'assurance :

Adresse :

Téléphone :

Numéro de contrat :

📎 **JOINDRE L'ATTESTATION D'ASSURANCE EN COURS DE VALIDITE DE L'ENFANT**

PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'ACCIDENT

Père : raison sociale et adresse de l'employeur.....

..... Tél. :

Mère : raison sociale et adresse de l'employeur

..... Tél. :

Autre(s) :

..... Tél. :

..... Tél. :

• En cas d'accident, j'autorise le responsable des activités à faire hospitaliser et éventuellement opérer mon enfant en cas d'urgence (entourer la réponse) :

..... OUI NON

AUTORISATION DE PRISE DE VUE (PHOTOS, VIDEOS) ACCORDEE POUR UN MINEUR

Je soussigné(e)

☐ Père ☐ Mère ☐ Représentant légal (cocher la case correspondante)

autorise les prises de vues (photos ou vidéos) de mon enfant dans le cadre des activités proposées par le Service Jeunesse, dans une démarche d'information ou de présentation des activités mises en place (entourer la réponse) :

OUI

NON

Cette autorisation s'applique sur une durée de 2 ans maximum.

AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise mon enfant à se rendre et partir seul de la structure d'accueil

(Entourer la réponse):

OUI

NON

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant en fin d'activité :

..... Tél :

..... Tél :

..... Tél :

..... Tél :

Par ailleurs, il est rappelé que l'enfant pourra être confié à son père, comme à sa mère, même en cas de divorce ou séparation, l'autorité parentale étant exercée conjointement. Dans le cas contraire, il sera demandé l'original de la décision de justice précisant que l'autorité parentale a été suspendue à l'un des deux parents.

DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

☐ Photocopie des vaccinations.

☐ Attestation d'assurance en cours de validité.

☐ Brevet de natation de 25 m, obligatoire pour toute activité nautique.

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.

Fait à Houilles, le..... SIGNATURE(S) :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - **ENFANT**

NOM :

PRÉNOM :

AGE :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON ☐

FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN 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 leur emballage d'origine 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 ?

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Charte ONZ'17



VILLE DE
HOUILLES

Je soussigné(e)..... (Nom et Prénom de l'enfant).

M'engage à respecter les règles de vie collective mises en place chez les ONZ'17, à savoir :

- **Avoir une attitude et un langage respectueux**
 - **Participer aux tâches quotidiennes**
 - **Respecter le matériel et les locaux**
 - **Respecter les engagements pris**
- **Aller voir un adulte du service jeunesse de la ville en cas de problème**

En cas de non-respect de ma part des règles établies ci-dessous, je m'engage à assumer les conséquences de mes actes, y compris d'être exclu(e) de la structure si mon attitude risque de compromettre le fonctionnement du centre.

Accueil libre

Cocher la case souhaitée

- ☐ J'autorise mon fils/ma fille..... (Nom et Prénom du mineur) à quitter seul(e) le Ginkgo à tout moment de la journée, sauf si il/elle a commencé une activité.

OU

- ☐ Je souhaite que mon fils/ma fille..... (Nom et Prénom du mineur) quitte le Ginkgo uniquement à la fin du temps d'accueil.

☐ Je reconnais avoir pris connaissance du Règlement Intérieur relatif aux Animations, disponible au Ginkgo et sur le site internet de la ville. (www.ville-houilles.fr) et m'engage à en respecter toutes les clauses.

Fait àDate :.....

Signature du jeune

Signature d'un parent ou d'un représentant légal

