

Fiche sanitaire de liaison 2026

Nom : Prénom : Poids : kg Taille : cm

Cette fiche permet de disposer des informations qui pourront être utiles pendant les sorties, les activités et les séjours.

MEDECIN TRAITANT (médecin inscrit sur la carte vitale)

Nom : Coordonnées du cabinet : N° de téléphone :

VACCINATIONS (recopier les données figurant sur le carnet de santé ou les certificats de vaccination)

OBLIGATOIRE*	Oui	Non	Date des derniers rappels	RECOMMANDEES	Oui	Non	Date des derniers rappels
Diphtérie				Hépatite B			
Anti-tétanique				Rubéole-Oreillons			
Poliomyélite				Rougeole			
OU DT Polio				Coqueluche			
OU Tétracoq				BCG			

* Si le jeune n'a pas fait les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication sauf pour le vaccin anti-tétanique qui est obligatoire dans tous les cas.

ANTECEDENTS MEDICAUX

MALADIES	Oui	Non	MALADIES	Oui	Non	MALADIES	Oui	Non
Rubéole			Coqueluche			Rhumatisme articulaire aigu		
Varicelle			Otite			Oreillons		
Angine			Rougeole			Scarlatine		

AFFECTIONS CHRONIQUES

ALLERGIES / MALADIES	Oui	Non	Préciser la cause de l'affection et la conduite à tenir (interventions, soins, prise de médicaments)
Alimentaire			
Médicamenteuse			
Asthme			
Diabète			
Epilepsie			

TRAITEMENT MEDICAL ET TROUBLE DE LA SANTE* (Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance)

Votre enfant suit-il un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non (Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, marqués au nom du jeune)

Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence ? Oui ☐ Non ☐

*Si vous avez répondu oui à une de ces questions, merci de prendre contact avec le directeur-trice pour la mise en place d'un éventuel PAI (Projet d'Accueil Individualisé).

ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE Indiquez uniquement les informations qui nécessitent une prise en charge particulière ou une adaptation des conditions d'accueil (Hyper activité, TDAH, ...)

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER OU ALLERGIE ALIMENTAIRE

ANTECEDENTS MEDICAUX Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des problèmes dentaires,...

Je soussigné(e) M./Mme, responsable légal du jeune..... **déclare exact les renseignements** portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaire par l'état de santé de ce jeune.

Fait à

Le/...../2026

Signature :

Fiche d'inscription Service Jeunesse de Couesnon Marches de Bretagne 2026

Pour les jeunes nés entre 2009 et 2015 soit les jeunes de 10 ans ayant leurs 11 ans en 2026.

INFORMATIONS	CADRE RESERVE AU SERVICE JEUNESSE	
L'adhésion au service jeunesse coûte 15 € par jeune et est valable du 1er janvier au 31 décembre 2026. Elle donne accès aux activités d'Ados-explorers (Val-Couesnon) ou Cog'l'ados (Maen Roch) pendant les vacances et le mercredi après-midi. Pour une première adhésion, n'hésitez pas à contacter l'équipe pour organiser une visite.	Adhésion de 15 € réglée le :/...../2026	Autorisation de sortir seul <input type="checkbox"/> Droit à l'image <input type="checkbox"/> Santé <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> Test nautique <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE JEUNE	
NOM : Prénom : Né(e) le :/...../..... Age : ans Sexe : M F Classe : Établissement scolaire : Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AAEH ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (si oui, merci de fournir une attestation)	Joindre 2 photos récentes (1 pour le dossier et 1 pour la carte) OBLIGATOIRE

RESPONSABLES LEGAUX / CONTACTS			
	Père (ou co-parent ou tuteur)	Mère (ou co-parent ou tutrice)	Assistant familial
NOM et prénom			
Situation familiale (concubin(e), célibataire, divorcé(e), marié(e), pacsé(e), séparé(e), veuf(ve), vie maritale)			
Adresse			
N° de téléphone domicile			
N° de téléphone portable			
Profession			
Nom, adresse et numéro de téléphone de l'employeur			
N° d'allocataire CAF ou MSA (OBLIGATOIRE) *Sans votre quotient familial, le tarif le plus élevé sera appliqué pour les activités payantes			N°
Autorisez-vous les professionnels habilités par la CAF et la MSA à consulter votre quotient ? Si non, joindre une attestation de quotient familiale datant de moins de 3 mois*.			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom et numéro de la police d'assurance pour les activités extrascolaires *Nous vous conseillons fortement d'en souscrire une si ce n'est pas le cas à ce jour. Ne pas fournir d'attestation.		Nom : Numéro :	

ESPACE FAMILLE (pour les parents séparés, possibilité de créer deux espaces familles si vous le désirez)	
Merci d'indiquer l'adresse mail qui sera associée à l'espace famille	
Mail parent 1	
Mail parent 2 (seulement pour les parents séparés)	

AUTRES PERSONNES A CONTACTER ET AUTORISEES A VENIR CHERCHER LE JEUNE POUR TOUTES ACTIVITES*			
NOM et Prénom	N° de téléphone	NOM et Prénom	N° de téléphone

*Seules les personnes autorisées pourront venir chercher le jeune sur présentation d'une pièce d'identité.

AUTORISATIONS	
Je soussigné(e) M./Mme....., responsable légal du jeune....., déclare exact les renseignements portés sur cette fiche de renseignement et :	
Autorise mon enfant à participer aux activités et sorties organisées par le service jeunesse.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorise les organisateurs à transporter mon enfant lors des activités programmées ou organisées spontanément.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorise mon enfant à participer au « quartier libre » lors des sorties ou séjour organisé par le service jeunesse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorise la prise de photographies et vidéos (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le représentant dans le cadre des activités du service jeunesse. Ainsi que la diffusion et la publication des photographies et des vidéos sur tout support de communication et d'information (édition de documents de natures pédagogique : journaux internes, externes, brochures ; affichage ou projection en public ; sur le site internet de la communauté de communes et ses réseaux sociaux)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorise mon enfant à quitter seul les espaces jeunes. Il ne sera alors plus sous la responsabilité de la structure.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorise mon enfant à venir s'inscrire lui-même aux activités proposées, ce qui m'engage à régler les activités payantes.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Déclare accepter le traitement proposé de mes données personnelles et sanitaires*. Je donne mon accord pour le traitement de mes données personnelles. Je donne mon accord pour le traitement des données personnelles et sanitaires de mon enfant. Sans autorisation, nous ne pourrions procéder à l'inscription de votre enfant. *Renseignement complémentaire dans le règlement de fonctionnement. Vous disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment.	OBLIGATOIRE Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>

Certifie, et atteste avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du service jeunesse auquel mon enfant est inscrit et à en accepter les conditions.

Fait à
 Le/...../2026

Signature :