

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, BESOINS PARTICULIERS DE L'ENFANT, ...
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

VOTRE ENFANT A-T-IL UN PAI ? OUI NON
Si oui, merci de le joindre à la présente fiche sanitaire

VOTRE ENFANT EST-IL BÉNÉFICIAIRE DE L'AAEH ? 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 NON-AUTORISÉES

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

DROIT À L'IMAGE

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise les MJC du réseau ADMJC des Savoie et l'ADMJC des Savoie à réaliser des prises de vue photographiques, des vidéos ou des captations numériques dans le cadre du séjour radio 2026.

Les photographies, vidéos ou captations numériques pourront être exploitées et utilisées directement par les structures auprès de ses différents publics sous toutes formes et tous supports connus et inconnus à ce jour, sans limitation de durée ni limitation géographique, intégralement ou par extraits, et notamment : supports numériques, publicités, projections publiques, site internet, réseaux sociaux.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, à la dignité ou à l'intégrité de la personne photographiée.

Je reconnais être entièrement rempli de mes droits et ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des photographies.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit.

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 :