



**DIRECTION DE L'ÉDUCATION**  
**SERVICE JEUNESSE**

**FICHE DE SÉCURITÉ**

**NOM :** ..... **PRÉNOM :** ..... **NÉ(E) LE :** .....

**ADRESSE :** .....

**ETABLISSEMENT SCOLAIRE :** .....

**TELEPHONE PORTABLE :** .....

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :**

Médecin traitant :..... Numéro de téléphone :.....

Problèmes de santé, allergies, handicaps :

.....  
.....

Nécessite un Projet d'Accueil Individualisé

Vaccinations obligatoire : B.C.G, Méningite, Pneumocoque, Hépatite B, D.T.C.P, R.O.R.  
(Joindre photocopie du carnet de vaccinations)

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**

**Le père :**

Nom :.....Prénom :.....Téléphone :.....

**La mère :**

Nom :.....Prénom :.....Téléphone :.....

**Autre :**

Nom :.....Prénom :.....Téléphone :.....

Nom :.....Prénom :.....Téléphone :.....

Je soussigné, agissant en qualité de responsable légal, certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et que cet enfant est autorisé à participer à l'ensemble des activités proposées par le service jeunesse de Senlis, sauf contre-indication médicale. J'autorise également le personnel d'encadrement à donner à mon enfant les soins que son état de santé pourrait nécessiter ou à faire un appel à un médecin en cas de besoin. J'accepte que cet enfant soit pris en photo et filmé dans le cadre des activités du service jeunesse et que son image soit utilisée sur les supports de communication de la ville de Senlis.

Signature :