# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom du Participant* : ..... Prénom* : .....
☐ Garçon ☐ Fille Date de Naissance : .....

☐ * Je suis informé(e) que les rubriques de la « fiche sanitaire de liaison » signalées d'un astérisque sont obligatoires pour les mineurs.

☐ * J'autorise l'association « Newman Jeunesse » à traiter les données de santé que j'ai bien voulu renseigner. Vous pouvez si vous le souhaitez la remettre directement ainsi que toute information complémentaire utile sous pli au responsable de l'association.

## I. Vaccination :* (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| Vaccins Obligatoires | oui | non | Dernier rappel | Vaccins recommandés | oui | non | Date |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | | | |
| Tétanos | | | | Rubéole | | | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | | | |
| Ou DT Polio | | | | Autres (préciser) | | | |
| Ou Tétracoq | | | | | | | |
| B.C.G | | | | | | | |

Joindre un certificat de contre-indications du vaccin dans le cas où le jeune n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

## II. Renseignements médicaux :

- Y-aura-t-il besoin d'un traitement médical pendant la présence de l'enfant au centre*?
  ☐ oui ☐ non Si oui, venir avec une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).
- Maladies déjà contractées*:

| Rubéole | Varicelle | Angine | Scarlatine | Coqueluche |
|---|---|---|---|---|
| ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non |
| **Otite** | **Rougeole** | **Oreillons** | **Rhumatisme articulaire aigu** | |
| ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | |

---

## Je soutiens « Newman Jeunesse »

Vous recevrez un reçu fiscal permettant de déduire votre impôt de 66% du montant de votre don.

O 50 € pour aider un jeune à participer à une activité.

O 150 € pour au aider un jeune lors d'un séjour.

O 370 € pour la formation d'un éducateur.

O Autres : ..... €

Je règle par chèque, à l'ordre « Newman Jeunesse »

ou je choisis de faire un faire un soutien régulier et je remplis le bulletin de prélèvement automatique au dos.

*Newman Jeunesse*
*11, cours de Strasbourg*
*83400 Hyeres*

De la Part de :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Email :.....

Téléphone : .....

¤ Asthme* : ☐ oui ☐ non ¤ Allergies* majeures : ☐ oui ☐ non

¤ Préciser* la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

.....

¤ Indiquer* les difficultés de santé majeures (maladies, crises convulsives, handicaps, troubles du comportement, suivi psychologique, troubles physiologiques) ou tout autre chose qu'il convient de signaler en précisant les précautions à prendre :

¤ Nom et téléphone du médecin traitant : .....

## III. Recommandations utiles :

Préciser* en cas de port de lunettes, de lentilles de contact, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, etc.

.....

.....

## IV. Responsable légal pour les mineurs :

Nom*: ..... Prénom*: ..... Portable* : .....

## V. Validation :

Je soussigné*, ....., responsable légal de l'enfant,

☐ * Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et avoir fourni toutes les informations sanitaires utiles et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

☐ * Autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé du mineur.

Signature(s) du responsable légal précédée(s) de la mention « Lu et approuvé, bon pour autorisation » :

Le* : ..... Signature*:

### MENTIONS INFORMATIQUE ET LIBERTÉS :

Les informations recueillies sont confidentielles et destinées aux responsables de l'association pour assurer la sécurité physique des participants pendant leur présence au centre Newman. Le responsable de traitement est l'association "Newman Jeunesse", 11 cours de Strasbourg 83400 Hyères. Elles sont conservées par les responsables pendant la durée strictement nécessaire aux finalités et sont restituées aux parents qui en font la demande ou détruites lorsque l'enfant quitte le centre Newman à l'issue d'un délai de 60 jours. Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de retrait du consentement, de limitation et d'opposition aux informations qui vous concernent si les conditions d'exercice sont remplies. Vous pouvez exercer vos droits en écrivant à rgpd@paroisse-hyeres.com.

---

**Je soutiens « Newman Jeunesse» par un Don**

régulier et j'autorise l'Association « Newman Jeunesse » à prélever sur mon compte chaque mois

O 15€ O 30€ O 50€ O Autres : .....

A compter du mois de : .....

Date : .....

Signature :

Je reste libre d'arrêter mon prélèvement mensuel à tout moment par téléphone au 07 66 88 81 45, email : newmanjeunesse@gmail.com ou par courrier à cette adresse : Newman Jeunesse—11 Cours de Strasbourg—83400 Hyères.

*Newman Jeunesse*
*11, cours de Strasbourg*
*83400 Hyeres*

De la Part de :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Email :.....

Téléphone : .....

A retourner signé et accompagné d'un RIB. Vous recevrez en Janvier un reçu fiscal permettant de déduire votre impôt de 66% du montant de votre don cumulé sur l'année précédente.