

# MAIRIE DE SOUCIEU-EN-JARREST

## Accueil de loisirs Péri-scolaire

### 2022 – 2023

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

(À joindre obligatoirement avec la  
fiche d'inscription)

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé et de vaccinations de l'enfant).

| Liste des Vaccins           | Oui | Non | Date dernier rappel | Liste des Vaccins  | Date |
|-----------------------------|-----|-----|---------------------|--------------------|------|
| Diphtérie                   |     |     |                     | Hépatite B         |      |
| Tétanos                     |     |     |                     | R O R <sup>1</sup> |      |
| Poliomyélite                |     |     |                     | Coqueluche         |      |
| Pneumocoque                 |     |     |                     | Méningocoque C     |      |
| Haemophilus Influenzae<br>B |     |     |                     | Autres (préciser)  |      |

**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

**2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | RHUMATISME<br>ARTICULAIRE AIGÛ<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>     | ROUGEOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                      |                                                                         |

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES .....

<sup>1</sup> Rubéole-Oreillons-Rougeole

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....

En cas d'urgence, prévenir en priorité :

NOM/PRENOM.....  .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : ..... oui  non  prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : ..... oui  non  prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : ... oui  non  prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....

**4 - AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

Autorisation de prise de photo et vidéo pour utilisation sur les supports de communication

(Site Internet Mairie, bulletin municipal, Facebook, ...) oui  non

**5 - RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT**

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à : .....

Date : ...../...../.....

Signature :