

MAIRIE DE SOUCIEU-EN-JARREST  
Accueil de loisirs Périscolaire  
2023 – 2024

<p><b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b> (À joindre obligatoirement avec la fiche d'inscription)</p>	<p><b>L'ENFANT</b></p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/>      FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

**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	Oui	Non	Date dernier rappel
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				R O R <sup>1</sup>			
Poliomyélite				Coqueluche			
Pneumocoque				Méningocoque C			
Haemophilus Influenzae 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

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

COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
---	--	---	--	--

**ALLERGIES :** ASTHME  
non

oui  non

MEDICAMENTEUSES

oui

ALIMENTAIRES

oui  non

AUTRES .....

### 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 :