

MAIRIE DE SOUCIEU-EN-JARREST
Accueil de loisirs Périscolaire
2024 – 2025

| | |
|---|---|
| <p>FICHE SANITAIRE DE LIAISON (À joindre obligatoirement avec la fiche d'inscription)</p> | <p style="text-align: right; color: blue;">L'ENFANT</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 ¹ | | | |
| 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 AIGÛ | SCARLATINE |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

¹ 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 oui non
ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES 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)

.....

Toute allergie alimentaire doit obligatoirement être signalée au service enfance de la Mairie. L'inscription au restaurant scolaire ne pourra se faire qu'après avis médical, puis validation du Protocole d'Accueil Individuel.

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 :