

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

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

**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'ADULTE**

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

L'adulte 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'adulte avec la notice)  
**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

**L'ADULTE 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 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.)

L'ADULTE PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui ☐ non ☐

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

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

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

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'ADULTE

Je soussigné(e), .....responsable légal, 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 :