

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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (À joindre obligatoirement avec la fiche d'inscription)	Adulte 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		R O R ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Méningocoque C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haemophilus Influenzae B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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.)

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 :