

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

**L'ENFANT**

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

(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	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 <sup>1</sup>	<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'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"/>				

<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.)**

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 :