

MAIRIE DE SOUCIEU-EN-JARREST
Accueil de loisirs Périscolaire
2025 – 2026

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (À joindre obligatoirement avec la fiche d'inscription)	L'ENFANT 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				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 AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

¹ Rubéole-Oreillons-Rougeole



COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	
---	--	---	--	--

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 :