



L'ENFANT

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **pas de photocopie**

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ? 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.**

A titre indicatif L'ENFANT 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"/>
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

MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES .....

**PRÉCISEZ 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)

.....  
.....  
.....

## RENSEIGNEMENTS SUR LES DIFFERENTS ACCUEILS DE L'ENFANT

### Mon enfant fréquentera :

La restauration scolaire de l'école.....  
Les accueils périscolaires du matin  midi  soir   
Les études  Oui –  Non  
Le centre de loisirs de.....  
Nom et N° assurance scolaire /extrascolaire.....

## RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Les parents sont  Célibataires  Mariés  Vie maritale  
 Divorcés ou séparés (joindre une copie du jugement)  
Exercice de l'autorité parentale  Père  Mère

N° allocataire C.A.F.....

**Nom et Prénom du Père**.....  
N° C.P.A.M.....

**Nom et Prénom de la Mère**.....  
N° C.P.A.M.....  
Adresse du domicile familial.....  
Téléphone.....Portable.....

**Employeur du Père**.....  
Adresse.....  
Téléphone.....Portable.....

**Employeur de la Mère**.....  
Adresse.....  
Téléphone.....Portable.....

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M. ou Mme .....  
Autorise mon fils – ma fille.....

À participer à toutes les activités du Centre de loisirs y compris : la piscine, les sorties hors de la Commune (Quel que soit le moyen de transport utilisé).

J'autorise, en outre, la Direction de l'accueil de loisirs à le (la) faire soigner et à faire pratiquer toute intervention d'urgence. En cas d'accident, mon enfant sera transporté à l'hôpital par les pompiers.

J'autorise mon enfant à être filmé ou photographié et accepte la diffusion en interne de son image, sans but commercial :  Oui –  Non

J'autorise à prendre en charge mon enfant :

M ou Mme.....Téléphone.....  
M ou Mme.....Téléphone.....  
M ou Mme.....Téléphone.....  
M ou Mme.....Téléphone.....  
M ou Mme.....Téléphone.....

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à suivre le règlement intérieur des accueils périscolaires et de loisir.*

Date :

Signature :