

# Accueils service enfance jeunesse

ANNEE SCOLAIRE 2024/2025

## L'ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

ETABLISSEMENT SCOLAIRE : .....

CLASSE DE : .....

AUTORISE(E) A PARTIR SEUL : oui  non

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :  
.....

ASSURANCE (responsabilité civile) Nom et N° de Police :  
.....  
.....

GARÇON  FILLE

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

<b>NOM-PRENOM du PARENT 1 :</b>	<b>Téléphone Portable</b>	<b>Téléphone Bureau ou Fixe</b>
<b>NOM-PRENOM du PARENT 2 :</b>	<b>Téléphone Portable</b>	<b>Téléphone Bureau ou Fixe</b>
<b>Personnes à contacter et qui peuvent le récupérer : NOM – PRENOMS et lien de parenté</b>		
<b>1 -</b>	<b>Téléphone Portable</b>	<b>Téléphone Bureau ou Fixe</b>
<b>2 -</b>	<b>Téléphone Portable</b>	<b>Téléphone Bureau ou Fixe</b>

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant et joindre les copies).

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	Oui	Non	<b>DATES DES DERNIERS RAPPELS</b>	<b><u>VACCINS RECOMMANDÉS</u></b>	<b>DATES</b>
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou DT polio</b>				Autres (préciser)	
<b>Ou Tétracoq</b>					
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

## 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ou le séjour ? 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 AIGÜ 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  MEDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

**REPAS :** SANS PORC oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non   
SANS VIANDE oui  non  AUTRES .....

**P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours** oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

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

## 3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin 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

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non

## 5 – ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), .....responsable légal de  
l'enfant, (**préciser nom et prénoms**) .....

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.

Date :

Signature