Accueils service enfance jeunesse

ESPACE JEUNES 2026/2027

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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 ❑

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

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

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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

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 ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

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