

2 - AUTORISATIONS

Personne(s) Autorisée(s), **à partir de 18 ans**, à venir chercher l'enfant **en dehors des responsables légaux**. Une pièce d'identité sera demandée.

NOM / PRENOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TELEPHONE

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-il des LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, etc... précisez.

.....

4 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

VOTRE ENFANT FAIT-L L'OBJET D'UNE NOTIFICATION MDPH ? OUI NON

Si oui, merci d'apporter des précisions :

.....

ALLERGIES ou INTOLERANCES :

ASTHME	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
MEDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
AUTRES		

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ? OUI NON

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours 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.**

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

Pour les **P.A.I**, 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**.

.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

Dammarié-lès-Lys



NOM:	
PRENOM:	
CLASSE 2024/2025:	
NOM DE L'ECOLE:.....	
DATE DE NAISSANCE :	
GARCON	FILLE
Aucun régime	Sans Viande

1 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

(Cocher la ou les case(s) lorsqu'il s'agit du ou des responsable(s) légal (aux) de l'enfant inscrit)

MERE	TUTRICE	PERE	TUTEUR
NOM :	NOM :	NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :	PRENOM :	PRENOM :
ADRESSE :	ADRESSE :	ADRESSE :	ADRESSE :
.....
PROFESSION :	PROFESSION :	PROFESSION :	PROFESSION :
TEL DOMICILE :	TEL DOMICILE :	TEL DOMICILE :	TEL DOMICILE :
TEL PORTABLE :	TEL PORTABLE :	TEL PORTABLE :	TEL PORTABLE :
TEL TRAVAIL :	TEL TRAVAIL :	TEL TRAVAIL :	TEL TRAVAIL :
EMAIL :	EMAIL :	EMAIL :	EMAIL :

SITUATION PARENTALE : (*En cas de divorce, joindre la copie du jugement*)

Mariés Séparés Divorcés Pacés Union Libre Veuf(ve) Célibataire

Nom du MEDECIN TRAITANT:

Téléphone du MEDECIN TRAITANT.....

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

5 – VACCINATIONS (au choix : à compléter ou joindre photocopie de vaccination)

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Autorise mon enfant de plus de 10 ans à rentrer seul : OUI NON

Conformément à la loi, article 9 du code civil relatif au "droit à l'image et au son" et à l'article 121-2 du code de la propriété intellectuelle:

Autorise mon enfant à être pris en photo/vidéo: OUI NON

Autorise l'utilisation des photos pour les journaux de la ville: OUI NON

Autorise l'utilisation des photos/vidéos pour le site internet de la ville: OUI NON

.....

Je 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.

La signature du présent document vaut pour acceptation du règlement intérieur disponible sur le portail famille.

Date :

Signature :