



ANIMATION JEUNESSE

Centre de loisirs

ENFANT

GARÇON

FILLE

NOM et prénom (en MAJUSCULES)		PHOTO 35mm x 35mm
Date de naissance	Age :	
Ecole et classe	Classe :	

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour l'enfant en accueil de loisirs.

Elle sera détruite fin août 2023. Merci de nous indiquer tout changement en cours d'année scolaire.

MEDECIN traitant :

Nom	
Adresse	
Téléphone	

NUMERO de Sécurité Sociale sur lequel l'enfant est rattaché :

VACCINATIONS : fournir une copie des pages « vaccinations » du carnet de santé à chaque modification.

Pour les enfants nés après le 01/01/2018, 11 vaccins sont obligatoires (seulement 3 pour ceux nés avant 2018 : DTP). Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Vaccin	Date du dernier rappel	Vaccin	Date du dernier rappel
Diphthérie		Coqueluche	
Tétanos		Haemophilus Hib	
Poliomyélite		ROR rougeole-oreillons-rubéole	
DTP		Hépatite B	
Tetracoq		Méningocoque C	
Hexyon		Pneumocoque	
*.....		*.....	

* Compléter : Boostrixtetra, infanrix, pentavac, revaxis, tetravac ou autre (préciser)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Taille : cm / Poids : kg (informations nécessaires en cas d'urgence)

Si votre enfant doit suivre un traitement médical : préférez les prises matin et soir, à la maison !
 Si cela est nécessaire pendant le temps du centre de loisirs, joindre une **ordonnance** et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice) dans un sac marqué. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Votre enfant présente-t-il un trouble de la santé physique ou psychique nécessitant : ► Un PAI Projet d'Accueil Individualisé ? OUI NON Si OUI : <input type="checkbox"/> alimentaire <input type="checkbox"/> autre : préciser Joindre le protocole en cours signé par le médecin ainsi que toute information utile. ► L'aide individuelle d'un AESH Accompagnant d'Elève en Situation de Handicap ? OUI NON			
Votre enfant porte :			
	des lunettes	des lentilles	un appareil dentaire un appareil auditif
Vos recommandations :			

A titre indicatif, votre enfant a-t-il déjà eu les **MALADIES** SUIVANTES ? (si oui, entourez) :

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	

AUTRES RECOMMANDATIONS au sujet de la santé de votre enfant :

.....

Représentant 1

Représentant 2

Père Mère Beau-Père Belle-Mère
 Père Mère Beau-Père Belle-Mère

NOM et prénom (en MAJUSCULES)		
Adresse complète avec code postal		
N° téléphone		

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier que je m'engage à réactualiser, si nécessaire. J'autorise le Maire et le directeur du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de mon enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence.

Fait à Saint Mitre les Remparts, le.....Signatures des parents :