



ANIMATION JEUNESSE

Centre de loisirs

ENFANT

GARÇON

FILLE

NOM et prénom (en MAJUSCULES)	
Date de naissance	Age:
Ecole et classe	Classe:

PHOTO
OBLIGATOIRE
35mm x 35mm

FICHE SANITAIRE DE LIAISON – 2023/2024

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

Elle est **valable du 4 septembre 2023 au 31 août 2024**.

Il est indispensable de nous indiquer tout changement au cours de cette période.

MEDECIN traitant :

Nom	
Adresse	
Téléphone	

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

VACCINATIONS : compléter le tableau ci-dessous à l'aide du carnet de vaccinations : Boostrixtetra, infanrix, pentavac, revaxis, tetravac ou autre* (préciser)

- ▶ Pour les enfants nés après le 01/01/2018, 11 vaccins sont obligatoires.
- ▶ Pour ceux nés avant 2018, seulement 3 sont obligatoires : DTP.
- ▶ Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
- ▶ *A savoir* : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

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

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 !
 En effet, les traitements médicaux ne seront pas administrés aux mineurs, même sur présentation d'une ordonnance à jour, sauf dans le cadre d'un PAI.

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

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

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

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (autre que le représentant légal) :

NOM et prénom	Lien de parenté	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, au cours de l'année 2023-2024.

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 :