



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024-2025

ENFANT :
 NOM _____
 PRENOM _____
 DATE DE NAISSANCE _____

SERVICE JEUNESSE

Maison Des Jeunes 10-12 ans

Maison Des Jeunes 13-17 ans

DOCUMENT ANNUEL OBLIGATOIRE ET CONFIDENTIEL

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

Une copie du carnet de santé peut-être jointe en cas de difficulté à remplir le tableau

Vaccins obligatoires	oui	non	dates des derniers rappels	Vaccins recommandés (Obligatoires* pour les enfants nés à partir de janvier 2018)	dates
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Hépatite B*	
Poliomyélite				Rubéole-oreillons-rougeole*	
				Coqueluche*	
				Haemophilus*	
				Pneumocoque*	
				Méningocoque*	
				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? **OUI** **NON**

Si oui, joindre une ordonnance récente avec 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

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole OUI NON	Varicelle OUI NON	Angine OUI NON	Rhumatisme articulaire aigu OUI NON	Scarlatine OUI NON
Coqueluche OUI NON	Otite OUI NON	Rougeole OUI NON	Oreillons OUI NON	

Asthme : **OUI** **NON**

Allergies :

- Alimentaires **OUI** **NON**
 Médicamenteuses **OUI** **NON**
 Autres (animaux, plantes, pollen...) **OUI** **NON**

Régime alimentaire :

- sans porc **OUI** **NON**
 végétarien **OUI** **NON**
 PAI alimentaire **OUI** **NON**

Autre : précisez.....

Si asthme ou allergie, joindre un certificat médical et/ou la copie du PAI

Précisez la cause, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

.....

L'enfant présente-t-il un problème de santé ? **OUI** **NON**

Si oui, précisez (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en indiquant les dates et les précautions à prendre) :

.....

Votre enfant est-il en situation de handicap ? **OUI** **NON**

Recommandations utiles :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?

Précisez.....
.....
.....

Responsables de l'enfant

Responsable légal 1: NOM.....PRÉNOM.....

ADRESSE.....
.....

Tel domicile : Tel travail : Tel Portable :

Responsable légal 2: NOM.....PRÉNOM.....

ADRESSE.....
.....

Tel domicile : Tel travail : Tel Portable :

Nom, commune, tel du médecin traitant :

Les n° de téléphone (par ordre prioritaire d'appel) : ne pas hésiter à en lister plusieurs

----/----/----/----/----intitulé :

----/----/----/----/----intitulé :

----/----/----/----/----intitulé :

ATTENTION : Les personnes autorisées à récupérer votre enfant sont à enregistrer sur l'espace famille

Droits à l'image

Les droits à l'image sont à renseigner sur l'espace famille (sauf refus de votre part, la participation de votre enfant vaut autorisation de diffusion de son image sur les supports de communication du service Jeunesse).

J'autorise l'utilisation des photographies/vidéos de mon enfant, retraçant la vie du pôle JEUNESSE

OUI **NON**

L'autorisation parentale :

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

En cas d'accident grave, l'équipe d'animation a pour consignes de prévenir immédiatement les services d'urgence et d'avertir les parents ou personnes indiquées ci-dessus. En cas d'accident bénin, les parents ou les personnes indiquées seront consultés pour prendre les décisions utiles pour le bien être de l'enfant.

J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires selon l'état de santé l'enfant.

☞ Décharge la commune d'ELVEN de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ de l'accueil de loisirs,

☞ Décharge la commune d'ELVEN de toute responsabilité en cas de perte, de casse ou de vol d'objets appartenant à l'enfant (jouets, lunettes de soleil, bijoux,...)

☞ Certifie avoir pris connaissance du fonctionnement de l'accueil de loisirs et accepte son règlement intérieur

☞ Autorise mon enfant à utiliser les transports en commun ou les voitures de particuliers ou des agents (dans le cadre d'un covoiturage), pour se rendre sur les lieux d'animations

☞ Autorise mon enfant à QUITTER SEUL L'ACTIVITE **OUI** **NON**

Fait à Le / /

Signature obligatoire précédée de la mention « lu et approuvé »

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer les dossiers d'inscriptions et à diffuser les programmes d'animation. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

L'organisateur vous rappelle l'importance de souscrire une assurance responsabilité civile pour votre enfant