



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

DOCUMENT CONFIDENTIEL

L'ENFANT

NOM : _____
 PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE
 CLASSE : _____ ECOLE : _____

VACCINATIONS : Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé.

Les enfants nés à partir de 2018 sont soumis à 11 vaccins (et non 3). Pour rappel :

VACCINS OBLIGATOIRES	VACCINS RECOMMANDÉS <u>Ou obligatoire pour les enfants nés après le 01/01/2018</u>
Diphtérie	Hépatite B *
Tétanos	Rubéole-Oreillons-Rougeole*
Poliomyélite	Coqueluche*
	Méningocoque C*
	Pneumocoque *
	Méningite Hib*
	Autres :

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

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

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES OUI NON
 *ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES : _____

PRECISEZ LA CAUSE ET LA REACTION DE L'ALLERGIE + Joindre un certificat médical :

CONDUITE À TENIR :

Existe-t-il un P.A.I (projet d'accueil individualisé) OUI Joindre le protocole et toutes informations utiles. NON

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si **oui préciser** en indiquant les précautions à prendre. OUI NON
 (ASTHME, MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...)

Votre enfant est-il porteur d'un handicap ? OUI NON Joindre le justificatif attestant du bénéfice de la prestation AEEH.
 Si oui, nous souhaitons rencontrer la famille avant l'inscription. Cela nous permettra de définir ensemble les termes d'un accueil personnalisé.

En cas de régime alimentaire, précisez :

SANS VIANDE SANS PORC AUTRES _____

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc...

AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES :

BAIGNADE : SAIT NAGER Joindre le certificat NE SAIT PAS NAGER

MÉDECIN TRAITANT :

NOM : _____ Tél : _____
NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE Joindre l'attestation de droits de la sécu. : _____

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

SITUATION FAMILIALE : Marié Pacsé/Concubinage Divorcé Célibataire Autres : _____

Responsable N °1 : NOM : _____ PRÉNOM : _____ Né(e) : _____

ADRESSE : _____
TEL DOMICILE : _____ TEL PORTABLE : _____ TEL TRAVAIL : _____
PROFESSION : _____

Responsable N °2 : NOM : _____ PRÉNOM : _____ Né(e) : _____

ADRESSE : _____
TEL DOMICILE : _____ TEL PORTABLE : _____ TEL TRAVAIL : _____
PROFESSION : _____

COURRIEL (obligatoire) : _____@_____

RÉGIME ALLOCATAIRE (obligatoire) : CAF MSA AUTRES _____ (préciser)

N° ALLOCATAIRE : _____

QUOTIENT FAMILIAL : _____ €

LES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MON ENFANT :

Nom	Prénom	Téléphone	À prévenir en cas d'urgence ¹	Autorisé à venir chercher mon enfant ⁱ

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, 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.

AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e) **Nom – Prénom** : _____ représentant légal de l'enfant :

Autorise mon enfant (à participer aux sorties organisées dans la cadre de l'accueil de loisirs et utiliser le transport prévu (à pied, en car, minibus, bus...))

Autorise l'équipe encadrante à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence (médecin, SAMU, hospitalisation...).

Autorise l'équipe encadrante à donner les médicaments prescrits par le médecin - *ordonnance à fournir obligatoirement*

Autorise l'équipe encadrante à filmer, enregistrer ou photographier mon enfant pour utilisation sur les différents supports de communication de l'association du Centre SocioCultuel du Cerizéen (site internet, presse, réseaux sociaux). En aucun cas la diffusion de ces images ne sera liée à un but commercial.

Autorise mon enfant à quitter l'accueil de loisirs, seul à partir de : ____ H ____

*Je soussigné(e) **Nom – Prénom** : _____ déclare adhérer au Centre SocioCultuel du Cerizéen et accepter le règlement intérieur de l'accueil de loisirs. Je m'acquitte à ce jour de ma cotisation d'un montant de 15 € (adhésion familiale) pour l'année scolaire 2024/2025.*

Fait à Cerizay, le : _____

Signature du responsable légal

DOCUMENTS OBLIGATOIRES À FOURNIR AU DOSSIER

- Copie des vaccins
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Attestation de droits de la sécu ou CMU

ⁱ Cocher la ou les case(s) souhaitée(s)