



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT  
 NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON       FILLE

**SERVICE JEUNESSE 10-17 ANS 2023-2024**  
**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 <b>OUI    NON</b>	Varicelle <b>OUI    NON</b>	Angine <b>OUI    NON</b>	Rhumatisme articulaire aigu <b>OUI    NON</b>	Scarlatine <b>OUI    NON</b>
Coqueluche <b>OUI    NON</b>	Otite <b>OUI    NON</b>	Rougeole <b>OUI    NON</b>	Oreillons <b>OUI    NON</b>	

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

**Régime alimentaire :**

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

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**

Si oui, précisez. Est-il bénéficiaire de l'AAEH ?.....

**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 : .....  
----/----/----/----/----intitulé : .....

**ATTENTION :** Les personnes autorisées à récupérer votre enfant sont à enregistrer sur le **portail famille**, ainsi que les droits à l'image (*sauf refus de votre part, la participation de votre enfant vaut autorisation de diffusion de son image sur les supports de communication du service Enfance jeunesse*).

**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