



**Enfant** (Nom et Prénom) : .....

**Né(e) le** : .....

**FICHE SANITAIRE  
de LIAISON 2020-2021**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour les accueils collectifs de mineurs. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

**1-VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations ou joindre photocopie du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>Ou</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétra coq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

**2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

Suit-il un **traitement médical**?  Oui  Non

**L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES ALLERGIES / INTOLERANCES ET LES MALADIES SUIVANTES ?**

**ALLERGIES :**

ASTHME  Oui  Non

ALIMENTAIRES  Oui  Non

MEDICAMENTEUSES  Oui  Non

AUTRES (animaux, plantes, pollen)  Oui  Non

**PAI déjà en place :**  OUI

**Si oui**, fournir une copie du PAI. Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être remis au responsable jeunesse de l'accueil s'assurant, au préalable, de la validité des médicaments fournis.

**INTOLERANCES** précisez) : .....

**REGIMES PARTICULIERS** (sans porc, sans sel, ....) : .....

Si oui, précisez la cause de l'allergie ou de l'intolérance, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication le signaler)**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (Informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?  Oui  Non

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

<b>Rubéole</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Varicelle</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Angine</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Rhumatisme Articulaire aigu</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Scarlatine</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Otite</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Rougeole</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Oreillons</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

**4- RESPONSABLE DU MINEUR :**

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**ADRESSE :** .....

**CP :** ..... **VILLE :** .....

**TEL DOMICILE (Père) :** ..... **TEL. TRAVAIL :** ..... **TEL PORTABLE :** .....

**TEL DOMICILE (Mère) :** ..... **TEL. TRAVAIL :** ..... **TEL PORTABLE :** .....

**NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT (facultatif) :** .....

**N° Sécurité Sociale** (dont dépend l'enfant): ..... **(Obligatoire)**

**PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE MON ENFANT ET A Contacter EN CAS D'URGENCE**

autre que le(s) responsable(s) légal (aux)

Nom et prénom	Lien de parenté	Téléphone	Adresse

Nous ne pourrons confier l'enfant à d'autres personnes que celles inscrites dans le tableau ci-dessus. Si occasionnellement une autre personne vient chercher l'enfant, le personnel devra être averti par la famille et une autorisation écrite devra être fournie accompagnée d'une pièce d'identité.

**AUTORISATION PARENTALE****Autorisation de sortie – Vacances scolaire de 17h à 18h30**

J'autorise mon enfant à rentrer seul :  
(Cocher la case correspondant à votre choix)

	OUI	NON
Du lundi au vendredi (vacances scolaires) - A partir de 17h		

**En cas d'urgence médicale (maladie grave, vomissements suspects, accident grave ou bénin, malaise bénin) si je ne peux être joint à mon domicile ou sur mon lieu de travail :**

**J'autorise/je n'autorise pas\*** le responsable de l'accueil à faire examiner mon enfant par le médecin le plus proche, à prendre toutes les mesures nécessaires pour faire transporter mon enfant vers l'hôpital et/ou clinique le plus proche, à pratiquer tous les soins, interventions, actes chirurgicaux et anesthésie nécessités par l'état de santé de mon enfant.

\* *ayer la mention inutile*

**Je m'engage** à rembourser les frais médicaux engagés par la Municipalité (les justificatifs vous seront fournis en retour).

Veuillez préciser l'endroit choisi :  CHU  Clinique.....

**J'autorise** mon enfant à participer à toutes les activités du Service Animation (sauf contre-indication médicale) permises par la réglementation en vigueur, y compris en camping (cocher la case correspondante) :

- Activités physiques (individuelle et collective).....  
 Activités nautiques (kayak, voile, catamaran, ...).....  
 Activités aquatiques (piscine, centre aquatique, sortie à la mer, ...).....

**J'autorise** mon enfant à effectuer des déplacements (cocher la case correspondante) :

- À pied  En minibus  
 À vélo  En voiture (à bord d'un véhicule personnel de l'équipe pédagogique)  
 En bus

**J'autorise/je n'autorise pas\*** mon enfant à être photographié, filmé ou enregistré durant les activités de loisirs proposées par la commune. Les photographies, films pourront être utilisés pour des expositions, illustrations de plaquettes et autres supports de communication propres à la commune (site de la CDC, ...).

\* *ayer la mention inutile*

**RAPPEL**

La responsabilité de la Municipalité n'est pas engagée en cas d'accident qui surviendrait en dehors des heures d'activités proposées. De plus, dès que votre enfant est inscrit à l'un des accueils, il est sous la responsabilité de l'équipe pédagogique. Si le comportement de votre enfant n'est pas correct envers les autres enfants ou l'équipe pédagogique cette dernière peut prendre la décision d'exclure votre enfant.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

**Pièces à joindre au dossier :**

- photocopie de l'attestation d'assurance  
- photocopie du carnet de vaccination (si vous n'avez pas complété le tableau ci-dessus)

Fait à .....le : ...../...../.....

**Signature du responsable légal :**