

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



FICHE	SAI	NIT	AIR	E
DE	LIA	ISO	N	

L'ENFANT					
NOM :					
PRÉNOM :					
DATE DE NAISSANCE :					
GARÇON 🔲 FILLE 🔲					

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). pas de photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

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.

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

RUB	ÉOLE	VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ		SCARLATINE	
OUI 🗆	NON □	OUI 🗆	NON	OUI 🗆	NON □	OUI 🗆	NON □	OUI 🗆	NON □
COQUE	ELUCHE	OTITE ROUGEOLE		SEOLE	OREILLONS				
OUI 🗆	NON \square	OUI 🗆	$NON \; \square$	OUI 🗆	$NON \; \square$	OUI 🗆	$NON \; \square$		
ALLERGIES: ASTHME oui non all		-	MEDICAMENTEUSES AUTRES		oui 🗖 non 🗖				
PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR									
P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui on non of (joindre le protocole et toutes informations utiles)									

INDIQUEZ CI-APRES :			
RÉÉDUCATION) EN PRÉ	ECISANT LES PRÉCAUTIONS	S À PRENDRE.	OSPITALISATION, OPÉRATION,
3 – INFORMATIONS COI	MPLEMENTAIRES (à renseig	gner obligatoirement.)	
DES LUNETTES : oui DES PROTHÈSES AUDI DES PROTHÈSES ou AF AUTRES RECOMMAND	PAREIL DENTAIRE : oui 🗖 ATIONS / PRÉCISEZ (ex : qu	in étui au nom de l'enfant pesoin prévoir un étui au nom d non au besoin prévoir un alité de peau, crème solaire)	n étui au nom de l'enfant
4- AUTORISATIONS			
J'autorise mon enfant	à être pris en photograp	hies et/ou vidéos : oui 🛭	non 🗖
J'autorise ces person	nes à venir récupérer mo	n enfant et/ou à tre préve	enu en cas d'absence :
			Lien :
			Lien :
			Lien :Lien :
			Lien :
5 -RESPONSABLES DE	L'ENFANT		
Père ou responsable lég	<u>ıal :</u>		
NOM		PRÉNOM	
ADRESSE			
TÉL. FIXE (ET PORTABL	E), DOMICILE :	BUR	REAU :
Mère ou responsable lé	gal :		
NOM		PRÉNOM	
ADRESSE			
TÉL. FIXE (ET PORTABL	E), DOMICILE :	BUF	REAU :
NOM ET TÉL. DU MÉDE	CIN TRAITANT (FACULTATIF)		
l'enfant, déclare exacts le cas échéant, toute	s les renseignements portés es mesures (traitement m le l'enfant, Ceci suivant les p	s sur cette fiche et autorise édical, hospitalisation, inte	responsable légal de l'équipe d'animation à prendre ervention chirurgicale) rendues et/ou un service d'urgence <u>seuls</u>

Signature:

Date: