



Périscolaire de Saint-Jean

Fiche Sanitaire de Liaison

2024-2025

Document
confidentiel

Terre Lorraine du Longuyonnais

L'Enfant

Nom : Prénom :
 Né (e) le : à :
 Si naissance multiple (indiquez le rang) : 1 2 3 4 Sexe : Fille Garçon
 Ecole : Classe :
 Poids : kg Taille : cm (*informations nécessaires en cas d'urgence*)

Responsable légal 1

Nom : Prénom :
 Lien avec l'enfant : Autorité parentale : Oui Non
 Adresse :
 Tél Fixe : Tél Portable : Tél Pro :

Responsable légal 2

Nom : Prénom :
 Lien avec l'enfant : Autorité parentale : Oui Non
 Adresse :
 Tél Fixe : Tél Portable : Tél Pro :

Renseignements médicaux

Nom et Téléphone du médecin traitant :

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

Obligatoires	Oui	Non	Date du rappel	Recommandés	Date
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DTP)				Rotavirus	
Coqueluche				Méningocoque B	
Haemophilus (Hib)				BCG	
Hépatite B				<i>Autres préciser</i>	
Pneumocoque					
Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)					
Méningocoque C					

Joindre les copies des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations et/ou du carnet de vaccinations et/ou attestation d'un médecin.

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

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	

Renseignements médicaux (suite)

L'enfant a-t-il des **ALLERGIES** :

Asthme		Alimentaires		Médicamenteuses		Autres (précisez)		Autres (précisez)	
.....		
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant sa présence au périscolaire ? 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.

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : Oui Non

(Joindre le protocole et toutes informations utiles)

Précisez :

.....

.....

Indiquez, ci-après, les **DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre** :

.....

.....

.....

Informations complémentaires (à renseigner obligatoirement) :

Votre enfant porte-t-il : (au besoin prévoir un (ou des) étui(s) au nom de l'enfant)

- Des lentilles..... Oui Non
- Des lunettes Oui Non
- Des prothèses auditives..... Oui Non
- Des prothèses ou appareil dentaire ... Oui Non
- Autres recommandations / précisez (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....

.....

Autorisations :

- J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives ... Oui Non
- J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées..... Oui Non
- Autorisation de transport en véhicule de service et car de location..... Oui Non
- Autorisation de déplacement à pied..... Oui Non

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

Fait à, le

Signature