

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023-2024 (garderie / cantine / mercredi)

**MINEUR ACCUEILLI :**

NOM : .....PRÉNOM : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

SEXE :  GARÇON  FILLE

POIDS : .....Kg

**VACCINATIONS :**

(le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé, en notant le nom et prénom du mineur concerné)

Vaccins obligatoires*	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

\* Rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs.

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI :**

a/ **Le mineur présente-t-il des problèmes de santé ?**

Allergies alimentaires :  OUI  NON Préciser : .....

Allergies médicamenteuses :  OUI  NON Préciser : .....

Autres allergies :  OUI  NON Préciser : .....

Asthme :  OUI  NON

Diabète :  OUI  NON

Epilepsie :  OUI  NON

Autres :  OUI  NON Préciser : .....

b/ **Le mineur suit-il un traitement médical régulier ?**  OUI  NON

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage marqué au Nom et Prénom du mineur, avec la notice). Aucun médicament ne pourra être donné sans l'ordonnance.*

c/ **Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement ?**

OUI  NON

Si oui, **prendre contact avec la Direction** de l'accueil périscolaire.

d/ **Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, antécédents d'accident, d'opération,...):**

.....  
.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALÉES PAR LES PARENTS (l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie, a-t-il un régime alimentaire particulier...):**

.....  
.....  
.....

**RESPONSABLE (S) DU MINEUR :**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

.....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

Téléphone travail : .....

NOM et Téléphone du médecin traitant : .....

Je soussigné (e), ..... responsable légal du mineur.....

Déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

DATE :

SIGNATURE :

**Service périscolaire (garderie / cantine / mercredi)**  
**3 – 11 ANS**

**ENFANT**

Nom et Prénom : .....  
Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à .....  
Tranche d'âge :  Maternel (- 6 ans)  Primaire (+ 6 ans)  
Etablissement scolaire fréquenté : .....  
Classe fréquentée : .....

**PARENTS – RESPONSABLE LEGAL**

**PARENT 1 :**

Nom et Prénom : .....  
Adresse : .....  
Tél. portable : .....  
Profession : .....  
N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ // \_\_\_\_  
Employeur : .....  
Tél. travail : .....  
E-Mail : .....

J'accepte que mon e-mail soit utilisé pour recevoir les infos du service enfance et de la mairie au sein de la liste de diffusion des familles.

**PARENT 2 :**

Nom et Prénom : .....  
Adresse : .....  
Tél. portable : .....  
Profession : .....  
N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ // \_\_\_\_  
Employeur : .....  
Tél. travail : .....  
E-Mail : .....

J'accepte que mon e-mail soit utilisé pour recevoir les infos du service enfance et de la mairie au sein de la liste de diffusion des familles.

**Autorité parentale :**  Parent 1  Parent 2

**AUTRE REPRESENTANT LEGAL**

Nom et Prénom : .....  
Adresse : .....  
Tél. portable : .....  
Profession : .....  
N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ // \_\_\_\_  
Employeur : .....  
Tél. travail : .....  
E-Mail : .....

J'accepte que mon e-mail soit utilisé pour recevoir les infos du service enfance et de la mairie au sein de la liste de diffusion des familles.

<b>SITUATION FAMILIALE</b>
<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> séparé
<b>RÉGIME ASSURANCE MALADIE</b>
<input type="radio"/> Régime général de la sécurité sociale et assimilés <input type="radio"/> Autres Régimes (MSA...)
<b>AUTORISATIONS ET ATTESTATIONS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• J'autorise les personnes inscrites ci-dessous à venir chercher mon enfant :            Mr/Mme..... Lien de parenté.....            Tel.....</li> <li>Mr/Mme..... Lien de parenté.....            Tel .....</li> <li>Mr/Mme..... Lien de parenté.....            Tel .....</li> </ul> <p> <input type="radio"/> J'autorise mon enfant à partir seul (seulement dans le cadre des mercredis, pas sur les temps de garderie et de cantine).  <input type="radio"/> J'autorise mon enfant à participer aux activités organisées sur les différents sites de la commune (city stade, espaces verts, terrain de football, ...).  <input type="radio"/> J'autorise la direction du service enfance à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.  <input type="radio"/> J'autorise mon enfant à pratiquer les diverses activités organisées par l'équipe d'animation dans le cadre de la législation en vigueur actuellement.  <input type="radio"/> Je n'autorise pas la prise et la diffusion de photographies de mon enfant dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs pour les usages suivants : journaux locaux, expositions photo, communication de la mairie.         </p>
<b>REGLEMENT INTERIEUR</b>
<p>Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur joint et de l'ensemble des informations.</p> <p>Fait à .....</p> <p>Le .....</p> <p>Signature du, des parent(s) ou du tuteur légal, précédée de la mention "Lu et approuvé"</p>

Je déclare exact les renseignements portés sur la présente fiche et je m'engage à signaler tout changement auprès du service enfance.

Fait le ..... à .....

Signature du, des parent(s) ou du tuteur légal, précédée de la mention "Lu et approuvé".