

L'ENFANT

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON
2023-2024**

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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie				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 MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

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

RUBÉOLE OUI ▲ NON ▲	VARICELLE OUI ▲ NON ▲	ANGINE OUI ▲ NON ▲	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI ▲ NON ▲	SCARLATINE OUI ▲ NON ▲
COQUELUCHE OUI ▲ NON ▲	OTITE OUI ▲ NON ▲	ROUGEOLE OUI ▲ NON ▲	OREILLONS OUI ▲ NON ▲	

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**
.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ

.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives, et de baignades surveillées : oui non

J'autorise mon enfant à quitter seul(e) la MLC oui non à partir de heures

Noms, prénoms et numéros de téléphone des personnes autorisées (ou interdites) à venir chercher votre enfant :

-
-
-

Autorisation de transport en **véhicule personnel** des animateurs (assuré par le CSC + assurance personnelle) et **car de location** :
oui non

J'autorise le CSC La Passerelle à diffuser les photos de mon enfant prises durant les activités :

- Sur le site du CSC La Passerelle (si non, pas de possibilité de participer aux représentations de fin d'année)
- Pour la Nouvelle République et le Viva'cité (idem précédemment)
- Sur les réseaux sociaux du CSC La Passerelle
- Sur tous les supports de communication propres au CSC La Passerelle

- J'autorise le CSC La Passerelle à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources (revenus, quotient, nombre d'enfants à charge)

- Loi RGPD : consentement pour les données personnelles et médicales

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et 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.

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de fonctionnement et m'engage à en respecter les termes.

Date :

Signature :