



MAIRIE de DINGY-SAINT-CLAIR
 55 place de l'église
 74230 DINGY-SAINT-CLAIR
 Tél : 04 50 02 06 27
 Tel garderie : 04.50.02.28.72

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023-2024 – ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRE -

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	L'ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

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

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

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non
 ALIMENTAIRES oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES

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

P.A.I (projet d'accueil individualisé) : 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 DATES ET 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 à son nom.
 DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non
 DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non
 AUTRES RECOMMANDATIONS : PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

4- ACTIVITES SPORTIVES ET SORTIES

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non
 J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées y compris à voyager par moyen de transport collectif : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM
 ADRESSE

Numéros de téléphone :
 Mère domicile:portable travail:
 Père domicile:portable travail:

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.

Date : Signature :