



|   |   |
|---|---|
| <h1>FICHE SANITAIRE<br/>DE LIAISON</h1> | <p><b>1 - ENFANT</b></p> <p>NOM : .....</p> <p>PRÉNOM : .....</p> <p>DATE DE NAISSANCE : .....</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/>    FILLE <input type="checkbox"/></p> |
|---|---|

Accueil de loisirs : Centre Social intercommunal La Fédé



CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

**2 -VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **Pas de photocopies.**

| VACCINS OBLIGATOIRES |     |     | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
|                      | oui | non |                            |                            |       |
| Diphthérie           |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| <b>Ou</b> 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

**3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant 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.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

**ALLERGIES :**            ASTHME            oui  non             MÉDICAMENTEUSES            oui  non   
                                 ALIMENTAIRES    oui  non             AUTRES .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

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

**5 - FONCTIONNEMENT DES ESPACES JEUNES**

LES ESPACES JEUNES SONT OUVERTS AUX JEUNES ÂGÉS DE 10 À 17 ANS.

L'AUTONOMIE DES JEUNES FAIT PARTIE DE NOS OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES.

DE CE FAIT, L'ACCÈS AUX ESPACES JEUNES ORGANISÉS PAR LE CENTRE SOCIAL INTERCOMMUNAL LA FÉDÉ EST LIBRE, C'EST-À-DIRE, QUE VOTRE ENFANT EST SOUS NOTRE RESPONSABILITÉ LORSQU'IL EST PRÉSENT DANS L'ENCEINTE DE L'ESPACE JEUNES, MAIS EST LIBRE D'ALLER ET VENIR.

NOUS DEMANDERONS AU JEUNE FRÉQUENTANT L'ESPACE JEUNES, DE S'ACQUITTER D'UNE COTISATION ANNUELLE (ANNÉE CIVILE) DE 5€, VALABLE POUR TOUTE LA FAMILLE SUR LES ACTIVITÉS ORGANISÉES PAR LA FÉDÉ.

**6 - DROIT À L'IMAGE**

J'AUTORISE LA STRUCTURE À FILMER ET PRENDRE DES PHOTOS DE MON ENFANT ET À LES DIFFUSER, NOTAMMENT DANS LA PRESSE LOCALE, FACEBOOK, SITES INTERNET DES COMMUNES ET DE LA FÉDÉ, BULLETINS MUNICIPAUX DES COMMUNES.

oui  non

**7 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM/PRÉNOM ... ..

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE DOMICILE (ET PORTABLE-S) : .....

TÉL. BUREAU : .....

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

*Je soussigné(e) ..... responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

*Je déclare également avoir pris connaissance du fonctionnement des Espaces Jeunes.*

Date :

Signature :