



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Pour le SEJ : Septembre 2024 - Août 2025
* CHAMPS OBLIGATOIRES A REMPLIR



1 – ENFANT

*NOM : _____

*PRENOM : _____

*DATE DE NAISSANCE : _____ *LIEU DE NAISSANCE : _____

GARÇON **FILLE**

SCOLARITE **2024-2025** Ecole et classe :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR 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 vaccination de l'enfant).

Pour les enfants nés avant 2018 :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
DT Polio			

Pour les enfants nés à partir du 01/01/2018 :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	DATES	DATES rappels
DT Polio, Coqueluche, HIB, Hépatite B					Pneumocoque		
					Méningocoque de type C		
					Rubéole-Oreillons-Rougeole		

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

① **Votre enfant a un Protocole d'Accueil Individualisé** OUI NON

Si oui, pour l'accueil au SEJ remplir le document PAI et le joindre à cette Fiche sanitaire.

ALLERGIES : ASTHMES OUI NON
MEDICAMENTEUSES OUI NON

AUTRES :

PAI avec trousse : Si traitement, une trousse marquée au nom de l'enfant, avec l'ordonnance médicale, la procédure à suivre et les médicaments sera disponible en permanence dans le lieu d'accueil de l'enfant/jeune.

ALIMENTAIRES OUI* NON *si oui, fournir obligatoirement un panier repas.

Si allergies alimentaires précisez lesquelles :

② **LES DIFFICULTES DE SANTE** (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)
EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE.**

.....

.....

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Aucun médicament ne pourra être administré à votre enfant sans ordonnance.

VOTRE ENFANT PORTE-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... ? (PRECISEZ).

.....

.....

4 - REGIME ALIMENTAIRE : OUI Précisez : NON

5 - RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Responsable légal 1

*NOM :
*PRENOM :
 Féminin Masculin
*DATE DE NAISSANCE :
*ADRESSE :
.....
*TEL. (DOMICILE) :
PORTABLE :
*EMPLOYEUR :
*ADRESSE EMPLOYEUR :
TEL. BUREAU :
*E.MAIL :

Responsable légal 2

*NOM :
*PRENOM :
 Féminin Masculin
*DATE DE NAISSANCE :
*ADRESSE :
.....
*TEL. (DOMICILE) :
PORTABLE :
*EMPLOYEUR :
*ADRESSE EMPLOYEUR :
TEL. BUREAU :
*E.MAIL :

*N°SECU.SOC:

*NUMERO D'ALLOCATAIRE + Q.F :

*ASSURANCE + NUMERO DE CONTRAT :
N° DE TEL. + ADRESSE POSTALE DE LA COMPAGNIE :

J'ATTESTE AVOIR SOUSCRIT POUR MON ENFANT, SUR LA PERIODE DU 1ER SEPTEMBRE 2023 AU 31 AOUT 2024, UNE ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE et INDIVIDUELLE ACCIDENTS CORPORELS, SCOLAIRE, EXTRA et PERISCOLAIRE. (Attestation à fournir)

A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE (NOM, PRENOM, TEL.) : *(Autre que parents)*

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT :

6 - PERSONNES AUTORISEES (en dehors des responsables légaux) à venir chercher l'enfant :

(CES PERSONNES DOIVENT AVOIR AU MINIMUM 18 ANS, autre cas cf. règlement intérieur) :

NOM :

NOM :

TEL :

TEL :

QUALITE :

QUALITE :

NOM :

NOM :

TEL :

TEL :

QUALITE :

QUALITE :

7 – AUTORISATION DE SORTIE : Si votre enfant à plus de 10 ans il peut partir seul de la structure avec votre autorisation.

Service enfance : OUI NON

Service jeunesse : OUI NON

8 – AUTORISATION DROIT D'IMAGE / VIDEOS / ENREGISTREMENTS VOIX : OUI NON

Si refus : fournir une attestation sur l'honneur.

9 – AUTORISATION DE TRANSPORT DE MINEURS : OUI NON (voir le règlement)

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant. En cas d'urgence, l'enfant accidenté ou malade sera orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille sera immédiatement avertie par nos soins.

Date :

Signature :