



# Fiche sanitaire de liaison 2023-2024

1 – ENFANT

NOM: \_\_\_\_\_

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2024. Merci de nous indiquer tout changement en cours de l'année.**

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

**Vous pouvez joindre la photocopie des vaccinations**

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio		BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq		Autres (préciser)	

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

Si votre enfant a un PAI merci de nous le transmettre

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 déjà eu les maladies suivantes?**

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	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	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
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  **MÉDICAMENTEUSES** oui  non   
**AUTRES** \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

**En cas de régime alimentaire, précisez :**

**SANS VIANDE**

**SANS PORC**

**Indiquez ci-après:**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

---

---

**Recommandations utiles des parents:**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

---

---

---

**BAIGNADE** : SAIT NAGER

SE DEBROUILLE

NE SAIT PAS NAGER

**Observations diverses :**

---

---

#### **4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

**Médecin traitant :**

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

**N° de sécurité sociale de l'enfant :** \_\_\_\_\_

Date :

Signature:



# Fiche d'inscription 2023-2024

Adresse mail pour portail Famille :

.....@.....

**Parent 1**

NOM : .....  
PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
MAIL : .....  
TEL DOMICILE : .....  
TEL PORTABLE : .....  
TEL TRAVAIL : .....  
LIEU DE TRAVAIL : .....

**Parent 2**

NOM : .....  
PRENOM : .....  
ADRESSE ( si différente) : .....  
MAIL : .....  
TEL DOMICILE : .....  
TEL PORTABLE : .....  
TEL TRAVAIL : .....  
LIEU DE TRAVAIL : .....

NOM ET PRENOM DE L'ALLOCATAIRE : .....

N° D'ALLOCATAIRE : ..... QUOTIENT FAMILIAL : .....

CAF MSA AUTRE.....

Merci de joindre un justificatif d'affiliation

**ENFANT(S) :**

NOM : .....  
PRENOM : .....  
Date de naissance :  
...../...../.....  
Ecole : .....  
Classe : .....

NOM : .....  
PRENOM : .....  
Date de naissance :  
...../...../.....  
Ecole : .....  
Classe : .....

NOM : .....  
PRENOM : .....  
Date de naissance :  
...../...../.....  
Ecole : .....  
Classe : .....

MEDICAL :

P.A.I : oui\* non

P.A.I : oui\* non

P.A.I : oui\* non

*\*Si oui, document à fournir*

Récap **Allergies / régime alimentaire :**

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

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

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

Personnes autorisées à récupérer le ou les enfants ( hors parents) :

Merci de préciser Le nom et prénom , lien avec l'enfant et le téléphone :

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

## AUTORISATION PARENTALE PERMANENTE

Je soussigné(e),..... , responsable légal de.....  
..... Autorise :

- Prénom du ou des enfants concerné(s).....  
..... de plus de 7 ans, à repartir seul(s) si autorisation par email : oui non
- Mon ou mes enfants à participer aux sorties extérieures, organisées par l'Accueil périscolaire et de loisirs  
Les Acroba'tils : oui non
- Mon ou mes enfants à être photographié ou filmé pour diffusion interne (accueil périscolaire et de loisirs)  
ou pour la presse locale : oui non
- Autorise le personnel de l'accueil périscolaire et de loisirs, sous la responsabilité de l'Association Les  
Acroba'tils, à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence (présenter mon ou mes enfant(s) au  
médecin le plus proche, hospitalisation, pratique de soins et/ou anesthésie) :  
oui non
- Autorise la directrice à consulter mon quotient familial sur le site CDAP : oui non

### REGLEMENT INTERIEUR :

Je soussigné(e),..... , parent ou responsable légal de.....  
Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepter toutes les conditions.

Fait à..... , le..... Signature :

### Documents à rendre pour inscription:

- O La fiche d'inscription par famille
- O La fiche sanitaire par enfant + copie des vaccins
- O Une attestation Caf ou MSA
- O Si votre à un PAI merci de nous le transmettre
- O Un rib et mandat de prélèvement ( si pas de changements, vous n'avez pas besoin de le redonner)
- O Une photo de votre enfant si il a des allergies ou un régime alimentaire .