

Fiche sanitaire de liaison

Une par enfant

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe ** : Fille Garçon
Taille en cm : **Poids en kg :**

Ecole :
Classe :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et prénom du représentant légal 1 : Portable.....Fixe.....
 Adresse.....Code Postal et commune :
 Nom et prénom du représentant légal 2 : Portable.....Fixe.....
 Adresse.....Code Postal et commune :

Nom du médecin traitant.....Téléphone du médecin traitant.....

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Joindre une copie du carnet de santé

Vaccins obligatoires	Dates du dernier rappel	Vaccins obligatoires pour les enfants nés après le 01/01/2018	Dates
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rougeole Oreillon Rubéole	
Poliomyélite		Coqueluche	
		BCG	
		Haemophilus	
		Pneumocoque	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements médicaux

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes **?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme	Scarlatine	Coqueluche	Otites	Rougeole	Oreillons
Oui	Oui	Oui	Oui Non	Oui	Oui Non	Oui	Oui	Oui
Non	Non	Non	Non	Non		Non	Non	Non

L'enfant est-il concerné par un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé –document écrit qui précise les adaptations à apporter à la vie de l'enfant ou de l'adolescent en collectivité dans le cas de situation de handicap, troubles psychiques, maladies chroniques, allergies, etc.) **?

Oui Non Peut-être

Si oui, merci de nous fournir une copie du PAI ainsi que le traitement nécessaire (ordonnance + boîte de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Si peut-être, merci de vous rapprocher de la Mairie ou des PEP56 qui vous aiguillerons afin de savoir si un PAI doit être mis en place.

L'enfant a-t-il des allergies *?

Asthmes		Allergies alimentaires		Allergies médicamenteuses		Autres (animaux, pollen...)	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

Indiquer ci-après les difficultés de santé (situation de handicap, suivit autres, maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

En cas de traitement médical, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris ou donné sans ordonnance.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, prothèses auditives, appareils dentaires, Etc. :

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier** ? **Oui (préciser) :** **Non**

Autorisations **

J'autorise les soins d'urgences ou toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé du mineur

Informations complémentaires

L'enfant est bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapée (AEEH)

Je déclare exact ces renseignements et m'engage à les actualiser si nécessaire.

Le :/...../.....

Signature (lu et approuvé) :

Fiche Autorisation

Une par enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Autorisation de sortie : Périscolaire et extrascolaire

Je soussigné (e) M, Mme,
 en qualité de* : Père / Mère / ou tuteur légal de l'enfant

- J'autorise mon enfant à rentrer seul de :
- L'accueil périscolaire (à partir de 7 ans)
 - L'accueil de loisirs (à partir de 7 ans)

Date :/...../.....

Signature (lu et approuvé) :

Autorisation de sortie : Club junior / Espace jeunes

J'autorise les animateurs de l'espace jeunes/ club junior à laisser mon enfant partir **:

- Seul ou Accompagné de

Et** :

- Toute l'année
- A partir du/...../..... au/...../.....
- A partir de Heures

J'ai bien pris note :

Qu'une fois en dehors de l'espace jeune ou du club junior mon enfant n'est plus sous la responsabilité des animateurs et du directeur de la structure.

Date :/...../.....

Signature (lu et approuvé) :

* Entourer la mention correspondante

**Cocher la case correspondante

Autorisation de transport et déplacement

Je soussigné (e) M, Mme,
 en qualité de* Père / Mère / ou tuteur légal de l'enfant
 Autorise les animateurs de l'espace jeunes et du club junior des PEP 56 de Crac'h, à transporter mon enfant avec les véhicules des PEP et des transports en commun (bus tram, métro...)

Date :/...../.....

Signature (lu et approuvé) :

Autorisation à l'image

Je soussigné (e) M, Mme,
 en qualité de* Père / Mère / ou tuteur légal de l'enfant

- Autorise la prise de vue et la diffusion de l'image de mon enfant. Ces supports sont susceptibles d'être utilisés sur le site internet, les réseaux sociaux de la commune de Crac'h et des Pep56, ainsi que sur des supports papiers (revue de la commune, journaux, affiches...) afin de promouvoir les activités proposées.
- Refuse l'utilisation des photos et des vidéos de mon enfant.

Date :/...../.....

Signature (lu et approuvé) :

* Entourer la mention correspondante

**Cocher la case correspondante