



# Service Enfance Jeunesse Animation

## Collonges-sous-Salève

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023-2024

#### 1. ENFANT

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de Naissance : .....  
École : ..... Classe : .....

Fille

Garçon

#### 2. 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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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 a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme Articulaire Aigü	Scarlatine
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				

#### 4. ALLERGIES

Asthme Oui  Non

Médicamenteuses Oui  Non

Alimentaire Oui  Non

Autre .....

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

.....  
.....

**5. Indiquez ci-après :**

- Mon enfant bénéficie **d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé)**  
**Oui**  **Non**
- Mon enfant bénéficie **d'une restriction alimentaire particulière (sans viande, sans poisson, ect) :**  
**Oui**  **Non**

Si oui, merci de préciser laquelle ainsi que le prénom de l'enfant concerné :

.....  
.....

- Les difficultés de santé (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

**6. Recommandations utiles des parents**

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

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

**7. AUTORISATION DE PRISE DE VUE ET DE MAQUILLAGE**

**Prise de vue pour les réseaux sociaux**

Facebook Oui  Non  Instagram Oui  Non  TIK-TOK Oui  Non

J'autorise les animateurs à correspondre avec mon enfant par téléphone, SMS, WhatsApp

**Oui**  **Non**

J'autorise le Service Enfance Jeunesse Animation à ajouter mon enfant à un groupe WhatsApp

**Oui**  **Non**

N° de téléphone de mon enfant : ..... Mail de mon enfant .....

J'autorise mon enfant à être maquillé durant les vacances et mercredis : **Oui**  **Non**

**8. Responsable de l'enfant**

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone Fixe : ..... Téléphone portable : .....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : .....

*Je soussigné ..... 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.*

Date :

Signature :