



VILLE
D'AUVERS-SUR-OISE
95430

Fiche Sanitaire de Liaison 2021/2022

A remplir uniquement si votre enfant fréquente les accueils périscolaires, la restauration ainsi que les accueils de loisirs.

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour l'année scolaire de votre enfant.

Enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon : Fille :

Nom de l'école : Maternelle Élémentaire

Accueil de Loisirs Mercredis : Maternel VAVASSEUR Élémentaire AULNAIES

Droit à l'image : autorise n'autorise pas l'équipe d'animation à faire des prises d'image où apparaîtra mon enfant dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs et que les images soient publiées ou diffusées dans une édition municipale ou lors d'un évènement municipal.

Autorisation de sorties : J'autorise l'équipe d'animation à transporter mon enfant (véhicule ou transport en commun) uniquement dans le cadre des sorties organisée par le centre de loisirs, en dehors des locaux de la structure :

OUI NON

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination 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.

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Poids : kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

N° de sécurité sociale de l'enfant :

L'enfant a-t-il un PAI (protocole d'accueil Individualisé) ? OUI NON

Allergies : Asthme Médicamenteuse
Alimentaires Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

Aucun médicament ne pourra être pris ou donné sans PAI, accompagné d'une ordonnance récent.

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé éventuelles (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre.

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

Recommandations

Votre enfant porte-t-il :

Des lunettes Des lentilles Autres.....
Des prothèses auditives Des prothèses dentaires

Responsable de l'enfant

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Tél Domicile..... Bureau.....

Portable :

Personnes autorisées à récupérer l'enfant et/ou à prévenir en cas d'accident

Nom et Prénom / Téléphone :

Nom et Prénom / Téléphone :

Nom et Prénom / Téléphone :

Nom et Prénom / Téléphone :

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le ou la responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention médicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :