



Fiche Sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles lorsque votre enfant participe aux activités organisées par les services «enfance- éducation- jeunesse » de la mairie de Lannilis.

1- Enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance :

Garçon / Filles (*rayez la mention incorrecte*)

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE 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

Groupe sanguin :

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*)

Existe-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? oui non (si oui, le joindre à cette fiche)

Attention : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (*si oui, entourer*)

- RUBEOLE** **VARICELLE** **ANGINE** **RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU** **SCARLATINE**
COQUELUCHE **OTITE** **ROUGEOLE** **OREILLONS**
ALLERGIES : **ASTHME** **ALIMENTAIRES** **MEDICAMENTEUSES** **AUTRES :**

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

.....

.....

.....

.....

Indiquez ci-après :

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

.....

.....

.....

4- Recommandations utiles des parents :

Notez ici tout ce qui vous semble utile de faire connaître à l'équipe d'encadrement (port de lunettes, prothèses auditives, dentaires, comportements particuliers, difficultés passagères...)

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

5- Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone à privilégier en cas d'urgence :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

N° de sécurité sociale :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exactes les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable (mairie de Lannilis) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

6- Autorisation parentale

Je soussigné,
autorise mon fils / ma fille
à participer aux activités sportives, culturelles et de loisirs organisées par la mairie de Lannilis et atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur.

A

Le

Signature du représentant légal

A noter : Pour participer aux baignades (en mer et en piscine) et à toute **activité nautique ou aquatique**, il vous sera demandé de fournir un test d'aptitude aux activités nautiques et aquatiques. Il est délivré par une personne titulaire du titre de maître-nageur sauveteur ou du BNSSA et atteste de l'aptitude de votre enfant à effectuer un saut dans l'eau, à réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes, nager sur le ventre pendant 20 mètres et franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant. Arrêté du 25 avril 2012 portant l'application de l'article R.227-13 CASF.