



Direction des affaires scolaires, périscolaires et de la jeunesse

ECOLE : .....

NOM DU RESPONSABLE : .....

Pour les gardes alternées deux fiches sanitaires par enfant (une par dossier)



### FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019/2020

#### 1. ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

#### 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 RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				BCG	
Ou DT polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

#### 3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non

MEDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES.....

#### PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....

.....

.....

#### 4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

.....

#### 5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom des parents ou du responsable légal : .....

Adresse : .....

☎ Domicile : ..... 📱 Mobile 1 : ..... 📱 Mobile 2 : .....

☎ Travail : .....

## 6. AUTORISATION POUR LES SORTIES PEDAGOGIQUES


Autorise  N'autorise pas

Mon enfant à participer aux sorties pédagogiques organisées par les accueils de loisirs.

## 7. AUTORISATION POUR LA PISCINE

Autorise  N'autorise pas

Mon enfant à participer à la piscine organisée par les accueils de loisirs.

 **Ne pas oublier de fournir à votre enfant un petit sac comprenant une serviette de bain, un bonnet de bain et un maillot de bain.**

## 8. AUTORISATION DE SORTIE :

Autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon enfant à l'Accueil de Loisirs.

Nom : ..... Prénom : .....  : .....

Nom : ..... Prénom : .....  : .....

Nom : ..... Prénom : .....  : .....

Nom : ..... Prénom : .....  : .....

***NB : Les personnes désignées ci-dessus devront présenter une pièce d'identité afin de pouvoir récupérer l'enfant.***

J'autorise mon enfant (uniquement pour les élémentaires) à quitter l'accueil de loisirs par ses propres moyens les jours et horaires suivants :

<input type="checkbox"/> Lundi .....h.....	<input type="checkbox"/> Mardi .....h.....	<input type="checkbox"/> Mercredi .....h.....	<input type="checkbox"/> Jeudi .....h.....	<input type="checkbox"/> Vendredi .....h.....
---	---	--	---	--

## 9. AUTORISATION DE PRISES DE VUES ET DE PUBLICATIONS

Les photographies ou vidéos prises dans le cadre des différentes activités, sont susceptibles d'être utilisées par la ville de Viroflay, afin de présenter les actions mises en œuvre dans la structure, aucunement dans un but commercial.

Autorise  N'autorise pas

La prise de vues photographiques, de vidéos ou d'enregistrement de bandes sonores de mon enfant.

Autorise  N'autorise pas

La publication des images de mon enfant dans les différentes publications éditées par la Ville de Viroflay ainsi que sur le site internet.

Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A Viroflay, le ...../...../.....

Signature :