



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT  
 NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
 ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polioyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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 suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
 ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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

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

VOIRE ENFANT PORTE-TIL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
 PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné(e)....., 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 : .....

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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



# FICHE D'INSCRIPTION

## SERVICE PERISCOLAIRE 2024/2025

Photo  
De l'enfant

Pièces à joindre :

- Une photo
- Le carnet de santé (Vaccins)
- L'attestation de la CAF (Quotient familial)
- L'attestation d'assurance en responsabilité civile

<b>École :</b>	<input type="checkbox"/> Calmette	<b>Classe :</b>	.....
	<input type="checkbox"/> Jean d'Ormesson (Campagne Primaire)		
	<input type="checkbox"/> Saint-Exupéry (Campagne Maternelle)		
	<input type="checkbox"/> Trabbia		

<b>Nom et Prénom de l'enfant :</b>	.....		
Date de naissance : .....	/.....	/.....	Lieu : .....
Responsable légal : .....			
Adresse : .....			
Téléphone fixe : .....		Portable 1 : .....	
Mail : .....		Portable 2 : .....	

<b>Restauration</b> (1 seul choix)	Menu normal <input type="checkbox"/>	Menu sans porc <input type="checkbox"/>	Menu sans viande <input type="checkbox"/>
Allergie alimentaire ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Si Oui, laquelle :	.....		

Personnes autorisées à reprendre l'enfant				Quotient Familial .....
Nom et Prénom				
Téléphone :				
Nom et Prénom				
Téléphone :				

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), les données recueillies sont nécessaires à la bonne inscription de votre enfant et destinées à vous contacter en cas de nécessité liée à votre enfant. En aucun cas elles ne seront rendues accessibles à des tiers sans votre accord exprès le cas échéant.

**Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur**  
**Revin, le :**

**Signature :**

Ne rien inscrire dans cette case

