



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ACCUEIL DE LOISIRS DE LA M.J.C. DU VIEUX-LYON

ANNEE SCOLAIRE 2024/2025

*Document confidentiel porté à la connaissance de l'équipe de direction / assistant sanitaire ou équipes de secours si nécessaire*

ENFANT :  Fille  Garçon

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_

Numéro de sécurité sociale : \_ \_ \_ \_ \_

## RESPONSABLES LEGAUX

* Rayer la mention inutile	Père / Mère / Tuteur *	Père / Mère / Tuteur *
Nom Prénom		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		

## VACCINATIONS

VACCINS	D.T.P.	R.O.R*	Hépatite B*	Pneumocoque*	Méningocoque C*	Coqueluche*	Haemophilus*
Cochez si vacciné							
Date dernier rappel							

\*Obligatoire si l'enfant est né après le 1<sup>er</sup> janvier 2018

Joindre les copies des vaccinations

Si l'enfant n'est pas vacciné, un certificat médical de contre-indication est obligatoire.

## MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX** Précisez ici toutes informations susceptibles d'avoir des répercussions sur l'accueil de l'enfant.

**L'enfant suit-il un traitement médical permanent ?**  Oui  Non si OUI, a-t-il un : **P.A.I.** :  Oui  Non

Pendant son temps d'accueil, l'enfant devra-t-il suivre un **traitement médical** ?  Oui  Non

*Si OUI, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice. Ils doivent être remis à l'assistant sanitaire ou la direction. Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.*

**L'enfant est-il porteur de handicap ?**  Oui  Non si OUI : **Notification MDPH** :  Oui  Non

*Vous serez contacté par l'assistant sanitaire afin de définir les besoins de votre enfant et l'accueillir au mieux.*

**L'enfant a-t-il des allergies telles que :**

- Allergies alimentaires  Oui  Non Si oui, la famille fournit-elle un PANIER REPAS :  Oui  Non
- Allergies médicamenteuses  Oui  Non
- Asthme  Oui  Non
- Autre  Oui  Non

si OUI, a-t-il un : **P.A.I.** :  Oui  Non

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

---

---

---

**L'enfant présente-t-il un problème de santé ?**  Oui  Non si OUI, a-t-il un : **P.A.I.** :  Oui  Non

*Si OUI, indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opération, rééducation...), en précisant les précautions à prendre*

---

---

---

**Recommandations utiles :**

*Précisez si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...*

---

---

---

**AUTRE(S) PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE** Si impossibilité de joindre les parents

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 responsable de la MJC du Vieux-Lyon à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

**Date :**

**Signature(s) :**