



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 3-6 ANS

ANNEE 2024-2025

## ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

CLASSE MATERNELLE (tps/ps/ms/gs):

NUMERO ALLOCATAIRE CAF :

MUTUELLE :

## RESPONSABLES LEGAUX

<b>Situation familiale</b>	(Marié, concubinage, célibataire, autres.) .....	
	<b>Responsable 1</b>	<b>Responsable 2</b>
<b>Nom /Prénom</b>		
<b>Adresse</b>		
<b>Téléphone fixe</b>		
<b>Téléphone portable</b>		
<b>Mail EN MAJUSCULES</b>		

## VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétra coq					
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

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche	Rougeole	Otite	Oreillons
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
non <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EVENTUELLES(allergies..) :

.....  
.....

### ATTENTION : PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)

Un projet d'accueil individualisé (PAI) est mis en place pour l'enfant atteint de maladie chronique (asthme par exemple), d'allergie et d'intolérance alimentaire. Il doit lui permettre de suivre une scolarité normale ou d'être accueilli en collectivité.

Le PAI est un document **écrit**, élaboré à la demande de la famille par le médecin qui soigne l'enfant.

Il ne dégage pas les parents de leurs responsabilités.

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

Précisez toutes informations que vous jugerez utiles pour le bon accueil de votre enfant (peur..) :

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

### REPAS

Lorsque votre enfant prendra ses repas au sein de notre structure :

- Repas toutes viandes
- Repas sans porc
- Repas sans viande (poisson)

### AUTORISATION DE PHOTOS

Dans le cadre des activités au sein de l'ALSH, les animateurs.trices peuvent être amenés.es à prendre des photos.

Si nous voulons les afficher ou les insérer dans des publications en lien avec nos activités (site internet et page Facebook de la MJC, affichage dans les locaux pour des expositions, Whatsapp etc.), il nous faut votre accord.

J'autorise l'équipe à utiliser les photos de mon enfant, seul ou en groupe, pour des affichages et des publications :

- papier  internet

### DECHARGE

Pour que des personnes autres que vous (nourrice, grands-parents, voisins, famille...) puissent récupérer votre enfant, cette décharge est OBLIGATOIRE.

Je soussigné(e).....responsable légal(e)de ....., autorise :

1. Nom / prénom.....  
Qualité .....  
Téléphone : .....
2. Nom / prénom.....  
Qualité .....  
Téléphone : .....
3. Nom / prénom.....  
Qualité .....  
Téléphone : .....
4. Nom / prénom.....  
Qualité .....  
Téléphone : .....

A Lyon, le ...../...../..... Signature

## INFORMATIONS REGLEMENTS (RESERVES POUR LA MJC)

L'adhésion à la MJC est de 5 euros par enfant pour l'année scolaire (juillet 2024 à juin 2025).

QUOTIENT FAMILIALE CAF :

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :

