

**FICHE SANITAIRE** *Un formulaire à remplir par enfant*

À retourner en Mairie par mail (direction-enfance@lagny-sur-marne.fr) ou par courrier **avant le 24/07/2017**  
N'oubliez pas de **joindre les documents** indiqués en **page 5**

|  |   |
|--|---|
| <p><b>FICHE SANITAIRE<br/>DE LIAISON<br/>DE L'ENFANT</b></p> | <p>NOM : .....</p> <p>PRÉNOM : .....</p> <p>DATE DE NAISSANCE : .....</p> <p>SEXE :    <input type="checkbox"/> GARÇON    <input type="checkbox"/> FILLE</p> <p>ÉCOLE : ..... CLASSE : .....</p> <p>ANNÉE : .....</p> |
|--|---|

Afin de mieux connaître votre enfant, d'être au plus près de vos préoccupations et d'agir efficacement en cas de problème, nous vous remercions de bien vouloir **compléter très précisément et en MAJUSCULE ce document**.  
Ce **document** est absolument **obligatoire** pour une participation de votre enfant à toutes les activités.

**PARENTS**

**PÈRE**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TÉL. FIXE : ..... TÉL. PORTABLE : .....

NOM DE L'EMPLOYEUR : ..... TÉL. TRAVAIL : .....

ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : .....

**MÈRE**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TÉL. FIXE : ..... TÉL. PORTABLE : .....

NOM DE L'EMPLOYEUR : ..... TÉL. TRAVAIL : .....

ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : .....

**SANTÉ DE L'ENFANT**

N° de Sécurité Sociale couvrant l'enfant : .....

Bénéficiaire de la CMU (Couverture Médicale Universelle) :     OUI     NON

Mutuelle (nom et numéro) : .....

Police d'assurance couvrant l'enfant (nom et numéro) : .....

Coordonnées du médecin traitant : .....

| VACCINS OBLIGATOIRES |     |     | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        |     |     | DATES |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|----------------------------|-----|-----|-------|
|                      | OUI | NON |                           |                            | OUI | NON |       |
| Diphtérie            |     |     |                           | Hépatite B                 |     |     |       |
| Tétanos              |     |     |                           | Rubéole-Oreillons-Rougeole |     |     |       |
| Poliomyélite         |     |     |                           | Coqueluche                 |     |     |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                           | BCG                        |     |     |       |
| <b>Ou</b> Tétracoq   |     |     |                           | <b>Autres</b> (préciser)   |     |     |       |

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

SANTÉ DE L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical**?  OUI\*  NON

\* **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**) **Attention** : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

|           |   |            |   |                             |   |
|-----------|---|------------|---|-----------------------------|---|
| Rubéole   | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | Coqueluche | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | Angine                      | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON |
| Varicelle | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | Otite      | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | Scarlatine                  | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON |
| Rougeole  | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | Oreillons  | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | Rhumatisme articulaire aïgü | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON |

ALLERGIES\* :  Asthme  Alimentaires  Médicamenteuses  Autres (.....)

\* Précisez la **cause de l'allergie** et la **conduite à tenir** (si automédication le signaler): .....

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

L'enfant fait-il l'objet d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) :  OUI (**joindre une copie du document**)  NON

VOS RECOMMANDATIONS

N'hésitez pas à nous communiquer les éléments qui vous paraissent importants (port de lunettes, de lentilles, d'appareil auditif ou dentaire, consignes alimentaires, si votre enfant mouille son lit, si votre fille est réglée). .....

VOS AUTORISATIONS

**LES SORTIES : à l'exception des mini-séjours.**

**Ce paragraphe 1 concerne seulement les élémentaires.**

1- Mon enfant peut rentrer seul :  OUI\*  NON \* Les mercredis et vacances à ..... h  
Les accueils périscolaires du soir à ..... h

**Ce paragraphe 2 concerne les élémentaires et maternels.**

2- Ces personnes sont autorisées à venir chercher mon enfant (une pièce d'identité sera exigée)

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| NOM : .....     | NOM : .....     |
| PRÉNOM : .....  | PRÉNOM : .....  |
| ADRESSE : ..... | ADRESSE : ..... |
| TÉL. : .....    | TÉL. : .....    |

J'autorise l'équipe d'animation à joindre ces personnes en cas d'urgence et/ou de retard après 19 heures :  OUI  NON

**LES PRISES DE VUE :**

J'autorise les équipes d'animations à réaliser des photos ou des vidéos sur lesquelles peut apparaître mon enfant. Ces photos et vidéos peuvent faire l'objet d'une diffusion dans les publications de la Ville :  OUI  NON

**LA BAINNADE :**

J'autorise mon enfant à pratiquer la baignade :  OUI  NON

**LA DÉCLARATION DU RESPONSABLE LÉGAL :**

Je soussigné(e)....., Père, Mère, Tuteur, (rayer les mentions inutiles), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à la réactualiser. J'autorise le responsable des accueils ou des séjours à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales y compris avec phase d'anesthésie-réanimation). Si l'état de santé ne justifie pas son secours par le S.A.M.U. ou les pompiers, j'autorise son transfert à mes frais, par taxi ou ambulance, si je ne peux aller le chercher moi-même. Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux avancés par la ville de Lagny-sur-Marne. Le contrat responsabilité civile de la ville ne couvre pas les frais de rapatriement de mes enfants. Ne sont garantis que les frais de transport du lieu de l'accident à l'hôpital le plus proche. Il appartient donc à la famille de contacter son propre assureur, lequel prendra en charge les frais consécutifs.

Fait à ..... le.....

SIGNATURE