Commune de MOURIES

Service Jeunesse
04.90.47.69.81
service.enfance.jeunesse@mairie-mouries.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Récréactiv' 2026/2027

Cette fiche est conçue pour recueillir les renseignements médicaux utiles à l'accueil de votre enfant.
Elle est obligatoire pour valider son inscription et doit être renseignée intégralement.

1/ L'enfant

Nom et Prénom : …… ☐ Fille ☐ Garçon

Classe fréquentée en **2026/2027** :…… Date et lieu de naissance :……

N° de sécurité sociale affilié à l'enfant : ……

N° d'assurance en responsabilité civile + Nom de la Compagnie : ……

L'enfant est-il bénéficiaire d'un Protocole d'Accueil Individualisé : ☐ Oui ☐ Non
Si oui précisez sa nature : ……

L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier : ☐ Oui ☐ Non
Si oui précisez sa nature (Sans viande, sans porc, intolérance…) : ……

L'enfant est-il bénéficiaire de l' AEEH : ☐ Oui ☐ Non

2/ Vaccinations

Merci de préciser la date du dernier rappel des vaccinations suivantes :

Vaccin obligatoire	Date du dernier rappel	**Vaccins recommandés**	Oui	Non	Date du dernier rappel
DT Polio		BCG			
Important **Merci de joindre les copies des pages de vaccinations du carnet de santé.** Si l'enfant n'a pas le vaccin obligatoire, merci de joindre un certificat de contre-indication.		Hépatite B			
		Rubéole/Oreillons/Rougeole			
		Coqueluche			
		Autres (précisez)			

3/ Renseignements médicaux concernant l'enfant

- L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non

  Si oui lequel : ……

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

  - Rubéole ☐ Oui ☐ Non - Rhumatisme ☐ Oui ☐ Non - Otite ☐ Oui ☐ Non
  - Varicelle ☐ Oui ☐ Non - Scarlatine ☐ Oui ☐ Non - Rougeole ☐ Oui ☐ Non
  - Angine ☐ Oui ☐ Non - Coqueluche ☐ Oui ☐ Non - Oreillons ☐ Oui ☐ Non

TSVP

- L'enfant présente-t-il des allergies ?
  - Asthme ☐ Oui ☐ Non
  - Médicamenteuses ☐ Oui ☐ Non
  - Alimentaires ☐ Oui ☐ Non
  - Autres (précisez) ☐ Oui ☐ Non

  Précisez la cause de l'allergie ainsi que la conduite à tenir :……
  ……

- Eventuelles difficultés de santé de votre enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation…) en précisant les dates et les précautions à prendre :……
  ……

- Recommandations utiles des parents (l'enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives ou dentaires, précautions à prendre…)……
  ……

- L'enfant sait-il nager ? ☐ Oui ☐ Non

4/ Responsables de l'enfant

	PARENT 1 (ou tuteur)	PARENT 2 (ou tuteur)
Nom :		
Prénom :		
Adresse :		
Téléphone (Domicile) :		
Téléphone (Portable) :		
Téléphone (Professionnel) :		
Adresse mail :		

- Autres personnes à contacter si les parents ne sont pas joignables et autorisées à venir chercher l'enfant :

  Nom, Prénom : …… Tel : …… Lien avec l'enfant : ……

  Nom, Prénom : …… Tel : …… Lien avec l'enfant : ……

  Nom, Prénom : …… Tel : …… Lien avec l'enfant : ……

☐ Je certifie avoir obtenu l'autorisation des personnes dont j'ai communiqué les coordonnées ci-dessus.

5/ Autorisations parentales :

- ✓ Je, soussigné(e)……responsable légal de l'enfant…… déclare les renseignements portés sur cette fiche exacts et autorise le ou la responsable de l'accueil à prendre, si je ne suis pas joignable, toutes les mesures d'urgence (traitements, hospitalisation, anesthésie, interventions…) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.
- ✓ J'autorise l'équipe d'animation à photographier et/ou à filmer mon enfant dans le cadre des activités en vue de leur diffusion sur tout support de communication (panneaux d'affichages, site de la Commune, journal local…) : ☐ Oui ☐ Non
- ✓ J'autorise mon enfant à quitter seul la structure : ☐ Oui ☐ Non (A partir de 10 ans)

Fait à Mouriès, le…… **Signatures des représentants légaux :**