



1 - PHOTO
OBLIGATOIRE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNÉE 2024 / 2025

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles lors de l'accueil de l'enfant.

2 - L'ENFANT

Nom : Prénom :
 Garçon Fille Date de naissance de l'enfant : / /
Ecole fréquentée à la rentrée 2024 : Classe :
Autorisez-vous votre enfant à partir seul ? Oui, à partir de h Non

3 - RESPONSABLE LÉGAL 1 DE L'ENFANT

Nom :
Prénom :
Qualité : Père Mère Beau-père Belle-mère
 Autres (précisez) :
Situation familiale : Marié Pacsé Divorcé
 Concubin Célibataire
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone portable : / / / /
Téléphone professionnel : / / / /
Email :
Profession :
Employeur :
Organisme tiers N°CAF :
N°MSA :

4 - RESPONSABLE LÉGAL 2 DE L'ENFANT

Nom :
Prénom :
Qualité : Père Mère Beau-père Belle-mère
 Autres (précisez) :
Situation familiale : Marié Pacsé Divorcé
 Concubin Célibataire
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone portable : / / / /
Téléphone professionnel : / / / /
Email :
Profession :
Employeur :
Organisme tiers N°CAF :
N°MSA :

5 - EN CAS D'URGENCE : LES PERSONNES A CONTACTER ET AUTORISÉES À VENIR L'ENFANT

Nom : Prénom :
Qualité : Père Mère Beau-père Belle-mère Autres (précisez) : Téléphone : / / / /

Nom : Prénom :
Qualité : Père Mère Beau-père Belle-mère Autres (précisez) : Téléphone : / / / /

6 - AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), agissant en qualité de de exerçant l'autorité parentale,

COCHEZ LES CASES CI-DESSOUS POUR VALIDATION :

- certifie avoir pris connaissance et accepter sans réserve les conditions générales de service de l'ARPEJ-Rezé,
- déclare être informé(e) du fait que les informations recueillies sont nécessaires à la prise en charge de mon enfant au sein des activités de l'ARPEJ-Rezé et qu'en application de la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée, je bénéficie d'un droit d'accès de rectification et de suppression des informations transmises,
- certifie que tous les renseignements communiqués dans cette fiche ainsi que sur BL enfance sont exacts. Je m'engage à signaler toute modification survenant en cours de l'année. En outre, je suis informé que toute fausse déclaration est susceptible d'être puni d'une peine d'emprisonnement et d'une peine d'amende conformément aux dispositions des articles L4411-1 et suivants du code pénal. Je suis informé de mon droit d'accès, de rectification et de suppression des informations transmises.
- autorise l'ARPEJ-Rezé à m'adresser un courrier postal et/ou électronique des informations sur les activités de l'ARPEJ-Rezé et déclare être informé du fait que ces données feront l'objet d'un traitement informatique.
- déclare que mon enfant peut suivre toutes les activités proposées, qu'elles soient organisées par l'ARPEJ-Rezé ou confiées à d'autres prestataires, y compris les activités sportives.
- autorise le responsable de l'activité à prendre dans le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales, anesthésies, sorties de l'hôpital) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant.

L'ARPEJ-Rezé reproduit, diffuse, publie et représente, sans limitation de durée et titre gratuit, les images fixes ou animées ainsi que les sons réalisés dans le cadre des activités de mon enfant sur les supports suivants :

- Brochures, tracts, journaux, affiches édités, site internet, réseaux sociaux (facebook, instagram...) par l'ARPEJ-Rezé Oui Non

Fait à :

Date : / /

Signature (précédée de vos noms et prénoms) :

7 - VACCINATIONS OBLIGATOIRES (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	..... / ..... / .....	Diphtérie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / /
ou DT Polio	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	..... / ..... / .....	Tétanos	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / /
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / /			

8 - VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS NÉS DEPUIS LE 1^{ER} JANVIER 2018

Hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	..... / ..... / .....	Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / /
Méningites (Influenza B)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	..... / ..... / .....	Pneumocoque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / /
Méningocoques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	..... / ..... / .....	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / /
Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	..... / ..... / .....	Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / /

9 - AUTRES VACCINS

.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / /
-------	---	-----------------------	-------	---	-----------------------

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

10 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant de l'enfant (facultatif) :

Numéro du médecin traitant : / / /

Numéro sécurité sociale : / / / / /

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Oui* Non

**Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).*

CSS (Complémentaire santé solidaire) ? Oui** Non

***Si oui, fournir une copie*

MALADIES

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Angine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

ALLERGIES


Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Epilepsie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Asthme →	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Alimentaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfantil →	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
En cours →	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	.....

Précisez et indiquez la cause de l'allergie, la conduite à tenir (si automédication, le signaler), les difficultés de santé en précisant les précautions à prendre (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation) :

.....
.....

Demande de PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) : Oui Non / PAI validé pour l'année scolaire : Oui Non

11 - ACCOMPAGNEMENT DE L'ENFANT

	L'enfant est-il bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé AEEH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de fin de droit : / /	Est-il accompagné pour son handicap ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez la nature de son accompagnement :	
<i>(une référente de l'ARPEJ-Rezé prendra contact avec vous)</i>	
L'enfant a-t-il un AVS à l'école : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Demande de PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / PAI validé pour l'année scolaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

12 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE DE L'ENFANT ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
REPAS VÉGÉTARIEN (sans poisson) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	REPAS SANS PORC ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'ENFANT PORTE-IL DES LUNETTES ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	LENTILLES DE CONTACT ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
PORTEUR D'APPAREIL SPÉCIFIQUE ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
APPAREIL DENTAIRE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	APPAREIL AUDITIF <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	APPAREIL AUDITIF AÉRATEUR <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'ENFANT MOUILLE-IL SON LIT ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	LA JEUNE FILLE EST-ELLE REGLÉE ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AUTRES RECOMMANDATIONS :