



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARCON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE ☐ OUI ☐ NON	VARICELLE ☐ OUI ☐ NON	ANGINE ☐ OUI ☐ NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ☐ OUI ☐ NON	SCARLATINE ☐ OUI ☐ NON
COQUELUCHE ☐ OUI ☐ NON	OTITE ☐ OUI ☐ NON	ROUGEOLE ☐ OUI ☐ NON	OREILLONS ☐ OUI ☐ NON	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PECAUTIONS A PRENDRE**.

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui ☐ non ☐ parfois ☐

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES , ETC... PRECISEZ.

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

*Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNEES DE L'ORGANISTEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

SERVICE EDUCATION JEUNESSE SELONCOURT

REGLEMENT INTERIEUR

LES REGLES D'OR

- Je suis poli(e) et j'utilise les « 5 mots magiques » : Bonjour, Au revoir, Merci, S'il vous plait, Pardon.
- Je respecte mes camarades et les adultes.
- Je prends soin du matériel qui m'est confié et je range lorsque j'ai terminé

Au temps du repas

- Je m'assois correctement
- Je me sers raisonnablement
- Je goûte de tout et je ne gaspille pas la nourriture.
- Je demande l'autorisation de me lever de table.
- Je participe au rangement en fin de repas

SANCTION POUR NON RESPECT DES REGLES D'OR

- 1^{er} avertissement : convocation des parents avec le directeur du centre
- 2^{ème} avertissement : convocation des parents avec le directeur du centre et le directeur du service
- 3^{ème} avertissement : Renvoi d'une journée (restauration scolaire, périscolaire, accueil de loisirs)
- 4^{ème} avertissement : Renvoi de 3 jours
- 5^{ème} avertissement : Renvoi définitif pour l'année scolaire en cours

TARIFICATION ET PAIEMENT

- Pour l'accueil de loisirs, le paiement se fait à l'inscription. Les chèques sont à l'ordre du Trésor Public. Pour 3 enfants inscrits, réduction de 20%, pour 4 enfants inscrits, réduction de 25%.
En ce qui concerne les séjours de vacances (mini camps 5 jours), les bons Caf sont acceptés pour un QF inférieur ou égal à 800€.
Modulation de tarifs pour l'accueil de loisirs (sans hébergement et mini camps 2 jours) :
Aide aux temps libres QF inférieur à 800€
 - QF2 compris entre 801€ et 1100€
 - QF3 supérieur à 1100€
- Les retards de paiement seront examinés par le Service Education Jeunesse. Ils pourront donner lieu à l'exclusion de l'enfant.
- Conditions d'annulation des activités : Moins de 5 inscrits ou alerte Météo
- Accueil de loisirs : un avoir est accordé uniquement sur présentation d'un certificat médical au directeur de l'accueil.

MEDICAMENTS

L'enfant peut prendre lui-même son ou ses médicaments sous la surveillance d'un adulte à condition qu'il(s) soi(en)t accompagné(s) de l'ordonnance afin de contrôler la posologie de la prescription.

Signature parents :

Signature enfants :



Accueil de loisirs 11-17 ans mercredis et vacances

AUTORISATION PARENTALE 2026-2027

N° allocataire :

Je soussigné(e)

Demeurant

Tel fixe : Tel portable.....

Mail :

Légalement responsable de Né(e) le :

➤ Autorise ma fille / mon fils *

(*Rayer la mention inutile)

- A participer aux activités organisées par le Service Education Jeunesse de la Ville de Seloncourt

- A rentrer seul(e) *

- Être raccompagné(e) par *

Nom Prénom

Nom Prénom

➤ Je cède mon droit à l'image : ☐ Oui ☐ Non

➤ J'autorise le responsable de la sortie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

*

ATTENTION : PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION OBLIGATOIRE

➤ J'attire l'attention du responsable sur les particularités médicales de mon enfant :

.....

Fait à Le

Signature :

SIGNER AU VERSO