

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**1 - ENFANT**

NOM :

PRENOM :

GARÇON

FILLE  C

DATE DE NAISSANCE :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SÉJOUR

**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 RECOMMANDÉS	DATES
Diphétérie	<input type="checkbox"/> Ca:	<input type="checkbox"/> Cas	<input type="text"/>	Hépatite B	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/> Cas	<input type="checkbox"/> Case :	<input type="text"/>	Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Cé	<input type="checkbox"/> Ca:	<input type="text"/>	Coqueluche	<input type="text"/>
ou DT polio	<input type="checkbox"/> Casé	<input type="checkbox"/> Ca	<input type="text"/>	Autres(préciser)	<input type="text"/>
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

**3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical ?      oui       non  C

Si oui 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)

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Ca	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> C				

ALLERGIES	ASTHME	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTEUSES	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	ALIMENTAIRES	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	AUTRES	<input type="text"/>

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

**INDIQUEZ CI APRÈS :**

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATIONS, REEDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE.

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

LUNETTES - REGIME ALIMENTAIRE - autres :

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT (si autre que les parents)**

NOM

PRÉNOMS :

ADRESSE :

TEL.FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :  BUREAU :

**NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT**

*Je soussigné(e)...  responsable légal de l'enfant,*

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature des Parents

# ACCUEIL DE LOISIRS "SAMMERON"

OBSERVATIONS :

2022 - 2023

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON  
1 PHOTO OBLIGATOIRE**



**ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARCON  C.

FILLE  C.

**2 PHOTOS OBLIGATOIRES  
(pour les Maternelles)**

École fréquentée \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS PARENTS

Père /  C. Mère  C.

Père /  Mère  C.

NOM \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Tél. Domicile \_\_\_\_\_

Tél. Domicile \_\_\_\_\_

Portable \_\_\_\_\_

Portable \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Tél.Travail \_\_\_\_\_

Tél.Travail \_\_\_\_\_

E.mail \_\_\_\_\_

E.mail \_\_\_\_\_

Adresse :

Faites vous partie du  Cas Régime Général

Cas Régime Agricole (salariés exploitants,Crédit agricole) SNCF,EDF,GDF,RATP

N° Sécurité Sociale....[redacted]..

N° Allocation Familiales.....[redacted]

## CENTRE DE LOISIRS DE SAMMERON AUTORISATION DU TUTEUR LÉGAL

Je soussigné ( e ) [redacted]

(Père, Mère ou tuteur légal) autorise mon enfant (Nom et Prénom) [redacted]

à participer à toutes les activités du Centre de Loisirs, y compris les sorties hors de la commune (quel que soit le moyen de transport).  
Accepte que mon enfant soit photographié, filmé et que les centres utilisent les documents pour expositions, journaux, etc... dans un but non lucratif.

Ci-dessous indiquer les Noms et Prénoms des personnes qui sont autorisées à venir chercher mon enfant :

**obligatoire**

Tel :

Tel :

Tel :

Tel :



Attention toute personne autre que les parents est appelée à présenter une pièce d'identité (merci)

**En cas d'urgence, prévenir : (non prénom, adresse, téléphone) :**

Ayant pris connaissance du règlement intérieur, je l'approuve et m'engage à le respecter.

je certifie que les renseignements portés sur cette présente fiche sont exacts.

Fait à [redacted]  
le , [redacted]

lu et approuvé  
SIGNATURE des Parents