

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON Année 2025

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle est **OBLIGATOIRE** pour chaque période d'inscription, veuillez la remplir soigneusement.

**Cette fiche est à renouveler chaque année civile.**

**Nom de l'enfant:** ..... **Prénom :** .....

fille  garçon Date et lieu de naissance : ..... Nationalité ..... Classe : ..... Ecole : .....

Adresse : .....  
.....

Merci de cocher la case correspondant à la situation de la famille:

Famille d'accueil\*\*  mariés  vie maritale  PACS  célibataire  divorcés, séparés  veuf(ve)

Si nécessaire joindre copie du jugement du tribunal.

Qui a l'autorité parentale ? Adulte 1 Mère  Père  Autre ..... Adulte 2 Mère  Père  Autre ..... Adulte 3 Mère  Père  Autre .....

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone : .....

J'autorise mon enfant à quitter seul le centre à la fin de l'activité (centre de loisirs, aide aux devoirs)

**Je n'autorise pas mon enfant à quitter seul le centre. Remplir cadre ci-dessous.**

**Personnes autorisées ou interdites à venir chercher l'enfant au centre (y compris les parents):**

INTERDITE	NOM	Prénom	Téléphones	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	.....

**Régime Alimentaire :**

non

sans viande

### Droit à l'image – Photo/vidéo

Je soussigné(e), .....  autorise ou  n'autorise pas.

La maison du grand cerf à utiliser les images de tous les membres de notre famille, prises durant les activités, avec un appareil photo (numérique) ou une caméra vidéo, en lien uniquement avec la promotion de ses diverses activités et publications et je renonce à tout droit de compensation ou de possession pour toute utilisation de ce matériel.

***IMPORTANT : Veuillez signaler tout changement intervenant en cours d'année.***

**I - Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant – **JOINDRE UNE PHOTOCOPIE**)

Vaccins	oui	non	Date	Vaccins	oui	non	Date
Diphtérie				Haemophilus influenzae B			
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole			
Poliomyélite				méningocoque C			
Hépatite B				Pneumocoque			
Coqueluche				Autres ( <i>préciser</i> )			

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 anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**II - Renseignements médicaux :**

Actuellement, l'enfant doit-il suivre un traitement médical ?  oui  non Si oui, lequel ? .....  
(Si oui), vous devez obligatoirement joindre une ordonnance récente (et lisible) et les médicaments correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

**Attention : aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

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

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

Allergies : médicamenteuses  oui  non Asthme  oui  non Alimentaire  oui  non

Autres  oui  non Précisez : ..... Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

P.A.I. : (Projet d'Accueil Individualisé) en cours :  oui  non Joindre le protocole et toutes informations utiles.

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

**III - Recommandations complémentaires** (à renseigner obligatoirement.)

Votre enfant porte-il des lunettes :  oui  non Des lentilles:  oui  non Des prothèses auditives:  oui  non  
Des prothèses ou appareil dentaire :  oui  non **au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant.**

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire...) .....

**IV- Autorisations**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives :  oui  non  
J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées :  oui  non  
Autorisation de transport en commun, en véhicule de service et car de location :  oui  non

**IV - Responsable légal de l'enfant :** N° de Sécurité Sociale : (15 chiffres) .....

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse:.....

Tél. domicile : ..... travail : ..... portable : .....

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise le responsable du centre et l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, notamment tout examen, investigation et intervention, y compris l'anesthésie générale. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur. J'autorise le responsable du centre et l'équipe d'animation à transporter ou faire transporter par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté et à reprendre l'enfant après les soins.

**Après en avoir pris connaissance, je déclare accepter le règlement du centre de loisirs.**

Fait à Ronchin, le .... / .... / 2025

Signature :