

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023

INFORMATIONS FAMILLES

ENFANT
NOM :
Prénom(s) :
Date de naissance :/...../.....
Classe :
Sexe :

RESPONSABLE LÉGAL 1
Lien :
NOM :
Prénom :
TEL Portable/...../...../...../.....
Tel Professionnel/...../...../...../.....
Adresse mail
Adresse

RESPONSABLE LÉGAL 2
Lien :
NOM :
Prénom :
TEL Portable/...../...../...../.....
Tel Professionnel/...../...../...../.....
Adresse mail
Adresse

Numéro Allocataire CAF Numéro de sécurité social couvrant l'enfant :

Renseignements médicaux

● *Vaccins obligatoire*

Nom du Vaccin	Dates des derniers rappels

Si l'enfant n'a pas fait les vaccins obligatoires, joindre obligatoirement un certificat médical de contre-indication.

● Santé

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant
L'enfant suit-il un traitement médical : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui,
Si oui, joindre impérativement l'ordonnance et les médicaments.
L'enfant a-t-il eu des maladies infantiles (varicelle, rubéole, oreillons, rougeole) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui,
Allergies : <input type="checkbox"/> Oui, précisions <input type="checkbox"/> Non
PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : <input type="checkbox"/> Oui, précisions <input type="checkbox"/> Non

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Régime alimentaire particulier : <input type="checkbox"/> Sans Porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Non
L'enfant est autorisé à être pris en photo : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Publication des photos sur les réseaux sociaux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'enfant est autorisé à être transporté avec les véhicules de l'association : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'enfant est autorisé à repartir seul de l'accueil de loisirs : Oui, à partir de : <input type="checkbox"/> 17h00 <input type="checkbox"/> 17h30 <input type="checkbox"/> 18h00 <input type="checkbox"/> Non

Autres personnes pouvant récupérer l'enfant

Nom / prénom / lien de parenté
TEL :
Nom / prénom / lien de parenté
TEL :
Nom / prénom / lien de parenté
TEL :

Je soussigné,, responsable légal

de l'enfant....., atteste sur l'honneur que les informations notifiées sur la feuille
D'inscription sont exactes et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation,
intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé l'enfant.

Fait à

Le :

Signature des parents ou du responsable légal :