

# 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, .....
<b>Si oui, joindre impérativement l'ordonnance et les médicaments.</b>
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 :