

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026/2027 - ACCUEIL DE LOISIRS 3/17 ANS



ETAT CIVIL DE L'ENFANT :

NOM : PRENOM :

SEXE : F M (entourer la réponse) TEL pour les ados :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... Lieu de naissance :

AGE : ECOLE FREQUENTEE : CLASSE :

RENSEIGNEMENTS SUR LES REPRESENTANTS LEGAUX :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

PROFESSION :

TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL :

MAIL :

RENSEIGNEMENTS SUR LES REPRESENTANTS LEGAUX :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

PROFESSION :

TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL :

MAIL :

PERSONNES SUSCEPTIBLES DE VENIR CHERCHER L'ENFANT OU LE JEUNE :

NOM : PRENOM :

TEL : LIEN AVEC L'ENFANT :

PERSONNES SUSCEPTIBLES DE VENIR CHERCHER L'ENFANT OU LE JEUNE :

NOM : PRENOM :

TEL : LIEN AVEC L'ENFANT :

PERSONNES SUSCEPTIBLES DE VENIR CHERCHER L'ENFANT OU LE JEUNE :

NOM : PRENOM :

TEL : LIEN AVEC L'ENFANT :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

VACCINS OBLIGATOIRES : DT POLIO (*dernière injection*) :

Rubéole varicelle angine scarlatine coqueluche otite rougeole oreillons
(*entourer les maladies contractées*)

ALLERGIES : asthme alimentaires médicamenteuses

Si, oui préciser lesquelles et la conduite à tenir :

.....
.....

PARTICULARITES ALIMENTAIRES :

Sans porc sans viande sans régime particulier

(*pour les régimes particuliers on remplace par du poisson ou des œufs*)

UN PROTOCOLE INDIVIDUALISE PAI A-T-IL ETE SIGNE ?

OUI NON (*entourer la réponse*)

SI OUI DATE DE SIGNATURE :(le joindre en photocopie)

Votre enfant porte t-il des lunettes ? prothèses auditives ? prothèses dentaires ? etc...

Votre enfant a-t-il une reconnaissance handicapée ? (MDPH) OUI NON *joindre la notification*

Percevez-vous l'AEEH ? OUI NON *joindre la notification*

AUTORISATION : (Entourer la réponse)

Sortie : J'autorise mon enfant à partir seul OUI NON

Droit à l'image : j'autorise je n'autorise pas

Test aisance aquatique/Savoir nager : OUI NON

(merci de fournir l'attestation)

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant
déclare exacts les renseignements portés et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre
les mesures d'urgences nécessaires pour notre enfant.

Date :

Signature :