

2025-2026

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE
N° tel à composer en cas d'URGENCE :

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) et joindre une copie des 2 pages

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

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

ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

 L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ? OUI NON si oui précisez :

Si OUI, le P.A.I est à remettre à la directrice de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une ordonnance récente et des 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, ni sans P.A.I.

 Si PAI alimentaire l'enfant apportera-t'il son repas ? OUI NON

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

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

 ALLERGIES: ASTHME oui non
 ALIMENTAIRES oui non

 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, HANDICAP, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

REGIME ALIMENTAIRE :

sans restriction
 autre (préciser) :

Sans viande

Sans porc

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES,
...PRÉCISEZ toutes informations utiles

.....

5 -RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM.....PRÉNOM.....Résidant sur la commune de

NOM.....PRÉNOM.....Résidant sur la commune de

Numéro d'URGENCE à composer pour joindre un responsable pendant l'accueil de l'enfant :

Parent 1 : Parent 2 : Autre personne (lien avec l'enfant) _____

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) M. / Mme : Responsable légal de

Cochez ci-dessous les mentions que vous approuvez :

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires à l'enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale, traitement médical...).
- J'atteste sur l'honneur que j'ai bien souscrit une assurance complète responsabilité civile couvrant tous les risques (extrascolaires) au bénéfice de mon enfant, en cours de validité.
- Je précise qu'il ne présente aucune contre-indication médicale ou autre pour participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs « Maison des Collines, Association Familles Rurales des Collines ».
- J'autorise mon enfant, sous ma responsabilité, à regagner seul son domicile à la fin des activités.

J'autorise les personnes suivantes (autres que les responsables légaux) à venir chercher mon enfant, avec présentation d'une pièce d'identité :

- _____
- _____

J'autorise **Maison des Collines à consulter mon QF sur site de la CAF : mon numéro d'allocataire** :

J'autorise Maison des Collines à me faire parvenir des informations relatives à leurs activités par courrier électronique, à l'adresse suivante :

J'autorise Maison des Collines à véhiculer mon enfant dans le cadre des activités proposées

Signature :

REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Je, soussigné(e) : , reconnais avoir pris connaissance du contenu du règlement de fonctionnement de l'ALSH (le demander si besoin) et m'engage à le respecter.

Date :

Signature :