



ASSOCIATION
D'URVILLE-NACQUEVILLE
ET DE LA HAGUE

Fiche sanitaire de liaison

Valable du 6 juillet 2026
au 2 juillet 2027

Cette fiche obligatoire permet de
recueillir des informations utiles
concernant votre enfant (l'arrêté du
20 février 2003)

NOM DU MINEUR :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / / SEXE : Masculin Féminin

1 : Vaccination *(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations ou faire des photocopies) :*

Enfant né avant 2018 :						Enfant né à partir de 2018 :					
VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES	VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche		Diptérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Haemophilus		Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole		Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				Hépatite B		Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				Pneumocoque BCG		Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				Autres (préciser)		Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						Infections invasives à pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						Méningocoque de séro groupe C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Médecin traitant :

NOM :

TÉLÉPHONE :

2 : Renseignements concernant le/la mineur.e :

Poids :kg ; Taille :cm (Informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non . Si oui, lequel ?

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice)

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

RUBEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

ALLERGIES

ASTHME oui non

ALIMENTAIRE oui non

MEDICAMENTEUSE oui non

AUTRES oui non

PRECISER SI OUI:

RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : oui non Si oui, merci de préciser :

VOTRE ENFANT EST-IL RECONNU PORTEUR D'UN HANDICAP ? oui non

Informations :

IMPORTANT : L'enfant fait-t-il l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé ? Oui Non

Si oui, vous devez impérativement remplir le PAI et prendre contact avec la direction de la structure.

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation...) et les précautions à prendre.

.....
 Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc. (précisez) :

3 : Responsable du mineur accueilli:

Parent 1 <i>(Mère- Père - Beau-père - belle mère – tuteur – placement)</i>		Parent 2 <i>(Mère- Père - Beau-père - belle mère – tuteur – placement)</i>	
NOM		NOM	
PRENOM		PRENOM	
Adresse		Adresse <i>(si différente)</i>	
Téléphone		Téléphone	
Mail		Mail	

3 : Autorisations:

- oui non **Autorisation transport:** J'autorise mon enfant à être transporté en véhicule de service et car de location
- oui non **Autorisation à repartir seul:** J'autorise mon enfant à repartir seul de l'accueil de loisirs.
- oui non **Baignade surveillée:** J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées.
- oui non **Diffusion d'image:** J'autorise l'association à prendre et à diffuser l'image de mon enfant afin de promouvoir ses activités dans ses locaux.
- oui non **Autorisation droit à l'image:** J'autorise l'association à prendre et à utiliser l'image de mon enfant afin de promouvoir ses activités en dehors des locaux. (Facebook de l'association, journaux, prospectus, etc)
- oui non **Autorisation hospitalisation:** J'autorise l'hospitalisation de mon enfant si nécessaire; ceci suivant les prescriptions d'un médecin et ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.
- oui non **Autorisation anesthésie:** J'autorise l'anesthésie de mon enfant si nécessaire; ceci suivant les prescriptions d'un médecin et ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Je soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Date :

Signature:

Signature: