



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON



## 1 - ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Garçon     Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles sur l'enfant  
merci de la remplir consciencieusement et lisiblement.

## 2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (précisez)	
Ou Tétracoq					
BCG					

## 3 - RECOMMANDATIONS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

### 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 AIGU oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE 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"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME    oui  non     MEDICAMENTEUSES    oui  non   
ALIMENTAIRES    oui  non     AUTRES \_\_\_\_\_

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si protocole le signaler).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Je soussigné(e) Dr. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

atteste que l'enfant concerné n'a pas de contre-indications à la vie en collectivités et à la pratique d'activités sportives.

Date :

Signature et cachet.

## 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... Merci de préciser. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

L'enfant peut-il rentrer seul ? \_\_\_\_\_ si non, qui viendra le chercher ? \_\_\_\_\_

Autorisation : J'autorise à venir chercher mon enfant (en cas d'absence de la personne ci-dessus)

M. ou Mme \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

M. ou Mme \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

M. ou Mme \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**Adresse de facturation :** Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse complète \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date :

Signature du responsable légal  
précédée de la mention manuscrite  
"Lu et approuvé"

# AUTORISATION PARENTALE

Nom et Prénom du responsable légal : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : Domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_  
Portable : \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

N° d'assurance : \_\_\_\_\_ Compagnie : \_\_\_\_\_

Les allocations familiales vous sont versées par :

Nom de la caisse : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° allocataire complet : \_\_\_\_\_

Merci de nous transmettre une attestation indiquant votre quotient familial (obligatoire pour la facturation, si nous n'avons pas ce document, le tarif le plus élevé sera appliqué).

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas de nécessité :

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

## Autorisation :

Je soussigné, \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Certifie que mon enfant est apte à la pratique des activités qu'il a choisi.

L'enfant est-il autorisé à se baigner ? \_\_\_\_\_ sait-il nager ? \_\_\_\_\_

J'autorise mon enfant \_\_\_\_\_ :

- à participer aux activités organisées par la structure (transport y compris)
- à sortir de la structure quand l'activité le nécessite
- à voyager par un moyen de transport collectif
- à voyager en voiture individuelle

## Déclaration :

Je déclare avoir pris connaissance du projet éducatif et pédagogique et du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Fait : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal :

# AUTORISATION PARENTALE POUR L'UTILISATION DE L'IMAGE D'UN ENFANT MINEUR ET LA PUBLICATION DE PHOTOGRAPHIES

*Structure concernée : Centre de Loisirs "Le Château des Enfants »  
12, avenue du pont de la Seudre - 17320 Marennes-Plage*

## **Je soussigné(e) :**

Monsieur ou Madame \_\_\_\_\_

Responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de :  père  mère  tuteur

parent exerçant le droit de garde du ou des mineur(s) suivant(s) :

## **Je déclare sur l'honneur :**

avoir le plein exercice de l'autorité parentale à l'égard du (des) mineur(s) considéré(s)

être investi du droit de garde (ou) de la tutelle à l'égard du (des) mineur(s) considéré(s)

**J'autorise** l'équipe d'animation du Centre de Loisirs "Le Château des Enfants" 12, avenue du Pont de la Seudre - 17320 Marennes-Plage à photographier et/ou filmer lors des activités, le groupe dans lequel se trouve mon (mes) enfant(s) mineur(s) désigné(s) ci-dessus.

## **Je donne l'autorisation** à ce centre de loisirs de diffuser lesdites photographies

et images filmées de mon (mes) enfant(s) pour les usages suivants :

- Publication éventuelle à des fins de communication dans les mensuels municipaux ou cantonal ou dans la presse
- Site web de la communauté de communes

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal  
*précédée de la mention manuscrite  
"Lu et approuvé"*