



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023 2024



Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Fille Garçon Classe :

Régime de protection sociale : Général CAF et autres MSA (cocher la case correspondante)

N° allocataire : Quotient familial :

Numéro de sécurité sociale :

Compagnie d'assurance (responsabilité civile) :

Votre enfant est-il reconnu ou en cours de reconnaissance par la MDPH ? Oui Non
(Maison départementale des personnes handicapées)

Percevez-vous l'allocation A.E.E.H (Education de l'enfant Handicapé) Oui Non

RESPONSABLE LEGAL N°1

Nom :

Prénom :

Adresse :

Adresse MAIL :

Numéro de mobile :

Numéro du travail :

Autorité parentale : Oui Non

RESPONSABLE LEGAL N°2

Nom :

Prénom :

Adresse :

Adresse MAIL :

Numéro de mobile :

Numéro du travail :

Autorité parentale : Oui Non

AUTRE RESPONSABLE LEGAL

Nom, Organisme ou personne de référence :

Fonction :

Adresse :

Adresse MAIL : Numéro de téléphone :

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MON ENFANT ET À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

1- Tél :

2- Tél :

3- Tél :

4- Tél :

5- Tél :

VACCINATIONS Pas de photocopie - se référer au carnet de santé

Information concernant les vaccins obligatoires :

- Pour un enfant né avant le 1er janvier 2018 : contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DT Polio).
- Pour un enfant né à partir du 1er janvier 2018 : contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DT Polio), l'Haemophilus influenzae b, le pneumocoque, le méningocoque C, l'hépatite B, la rougeole, les oreillons et la rubéole, la coqueluche.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DT Polio)				Hépatite B			
Haemophilus influenzae b				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Pneumocoque				Coqueluche			
Méningocoque C				Autres (préciser)			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT :

A-t-il déjà eu les maladies et/ou allergies suivantes ?

MALADIES	OUI	NON
Rubéole		
Varicelle		
Scarlatine		
Coqueluche		
Rougeole		
Oreillons		
Angine		
Otite		
Rhumatisme articulaire aigu		

ALLERGIES	OUI	NON
Alimentaires		
Asthme		
Médicamenteuses		
Autres (précisez)		

Médecin traitant :

Nom : Tél :

Votre enfant a-t-il un P.A.I (protocole d'accueil individualisé) Oui Non
Si OUI, merci de le joindre au dossier.

RECOMMANDATIONS UTILES :

Veuillez indiquer ici toutes informations que vous jugerez utiles, à connaître par les adultes des services périscolaires et extrascolaire (régimes alimentaires sans viande / sans porc, besoins spécifiques, troubles, difficultés, maladies, accidents, hospitalisation...)

.....
.....
.....

Autorisez-vous l'équipe du centre de loisirs à prendre en photo / vidéo / prise de sons voix de votre enfant (toutes diffusions sont en interne, et aucunement sur les réseaux sociaux) : expositions temporaires au centre de loisirs, création artistique à destination des familles.... Oui Non

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant :
- autorise le/la responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant
- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des structures périscolaires

Fait à, le
Signature :