

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNEE 2026-2027

ENFANT :

Nom _____

Prénom : _____

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Date de naissance : __/__/____

VACCINATIONS : (Vaccins obligatoires : Antitétanique, Antidiphtérique, Antipoliomyélitique. [Joindre photocopie](#))

Est-il en règle au niveau des vaccinations ?

OUI ☐ NON ☐ Si non, pourquoi : _____

MALADIES :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

	Oui	Non		Oui	Non
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Otites		
Angines			Asthme		
Scarlatine			Oreillons		
Rhumatisme			Rougeole		

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI ☐ NON ☐

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

Est-il allergique ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, citez dans quel cas : _____

Recommandations des parents (santé- alimentaire, ou autres) : _____

L'enfant peut-il rentrer seul ?	Oui	Non
D'Agnin		
D'Anjou		
De Bougé Chambalud		
De Sonnay		
Si non, qui peut venir le chercher : _____		

COORDONNEES DES RESPONSABLES LEGAUX

Responsable 1 (Nom et prénom) : _____

Responsable 2 (Nom et prénom) : _____

Adresse complète du responsable légal : _____

Profession du Responsable 1 : _____

Profession du Responsable 2 : _____

Tél. domicile : /____/____/____/____/____/

Et/ou portable (Responsable 1) : /____/____/____/____/____/

Et/ou portable (Responsable 2) : ____/____/____/____/____/

Adresse mail : _____

Autres numéros à joindre en cas d'urgence (travail, portable, etc....) :

Travail Responsable 1 : /____/____/____/____/____/

Travail Responsable 2 : /____/____/____/____/____/

Autre : ____/____/____/____/____/

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Sécurité Sociale : /____/____/____/____/____/____/____/

N° Allocataire CAF : _____ Autre régime (à préciser) : _____

Caisse de : _____

AUTORISATIONS :

- ☐ Je soussigné _____, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Centre de vacances ou de loisirs, à faire pratiquer toute intervention médicale ou chirurgicale jugée utile. Je m'engage à rembourser les frais médicaux à l'association Au Fil de Lambre.
- ☐ Dans le courant de l'année, des photos et vidéos peuvent être réalisées en vue d'être présentées aux parents et/ou d'être communiquées dans la presse locale et/ou diffusées sur des sites internet. Je soussigné Mr/Mme.....
 - ☐ autorise l'association Au Fil de Lambre à utiliser les images de mon enfant prises sur les temps d'accueil.
 - ☐ n'autorise pas l'association Au Fil de Lambre à utiliser les images de mon enfant prises sur les temps d'accueil.
- ☐ Je soussigné _____, responsable de l'enfant autorise l'association Au Fil de Lambre à la consultation de mon quotient familial et de mes ressources via l'appliquatif sécurisé CAF Pro et à la conservation d'une copie écran dans le dossier famille.

Je déclare avoir pris connaissance et être en accord avec le règlement des activités auxquelles mon enfant participe.

Date : _____ Signature