

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025-2026

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTE

NOM de l'enfant :

PRENOM de l'enfant :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE (entourez) : Garçon Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs)

• INFORMATIONS SANITAIRES

VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations) :

Vaccinations obligatoires	Dates des derniers rappels		Vaccinations recommandées (précisez)	Dates des derniers rappels
Diphtérie				
Tétanos				
Poliomyélite				
Coqueluche				
Haemophilus influenza B				
Hépatite B				
Méningocoque C				
Pneumocoque				
ROR				

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

• RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Protocole d'Accueil Individualisé (joindre le document avec l'inscription) :

Préciser la nature du PAI :

.....
.....

Préciser l'existence d'une trousse d'urgence (entourez) : oui non

Merci de contacter systématiquement la directrice de l'accueil de loisirs pour l'informer des périodes d'inscriptions et des adaptations d'accueil si nécessaires. 06.72.88.78.21

Handicap :

Préciser si votre enfant est en situation de handicap et quelle est la nature de celui –ci :

.....
.....

Préciser l'existence d'un traitement (entourez) : oui non

Merci de contacter systématiquement la directrice de l'accueil de loisirs pour l'informer des périodes d'inscriptions et des adaptations d'accueil si nécessaires. 06.72.88.78.21

Autres :

Ex : allergies pollen, animaux, médicamenteuses, etc..

.....
.....

- RECOMMANDATIONS UTILES DE LA FAMILLE

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, relationnel, comportement, vie en collectivité, régime alimentaire spécial etc..

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

- RESPONSABLES DE L'ENFANT

	Responsable 1	Responsable 2
NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
TEL PORTABLE		
TEL TRAVAIL		

NOM & TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

Personnes autorisées à récupérer l'enfant & à prévenir en cas d'urgence (si les responsables ne répondent pas) :

NOM Prénom : Tel : Lien de parenté :

NOM Prénom : Tel : Lien de parenté :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant

....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de mon enfant.

Date :

Signature :