



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

ENFANT NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Garçon  Fille

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom et téléphone du médecin : \_\_\_\_\_

Vaccins Obligatoires : Antitétanique, Antidiphtérique, Antipoliomyélique (DTP), coqueluche, infections invasives à Haemophilus influenzae de type B, hépatite B, infections invasives à pneumocoque, méningocoque de sérogroupe C, rougeole, oreillons, rubéole (article L3111-2 du code de la santé publique)

Votre enfant est-il à jour de ses vaccins :

Oui (Joindre photocopies)  Non : Pourquoi :

Si contre-indication, joindre un certificat médical  
 Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

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

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

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée ? OUI  NON

Si Oui ou en cas de traitement ponctuel, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans la boîte d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

## ALLERGIES : (si PAI, le fournir)

ASTHME  Oui  Non MÉDICAMENTEUSES  Oui  Non  
 ALIMENTAIRES  Oui  Non AUTRES : .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler et joindre une autorisation parentale)

.....  
 .....

RÉGIME ALIMENTAIRE  CLASSIQUE  SANS PORC  SANS VIANDE

## RECOMMANDATIONS DES PARENTS (santé, alimentaire, ou autres)

.....  
 .....

## COORDONNÉES DES PARENTS

	Père : Facturation <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Mère : Facturation <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Nom - Prénom		
Profession		
Adresse		
CP/ Commune		
Tél fixe ou portable		
Autre Numéro (précisez)		
Adresse Mail		
Situation familiale : (entourez) célibataire – divorcé(e) – séparé(e) – veuf(ve) – vie maritale – marié(e) – pacsé(e)		

N° Sécurité Sociale : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ /\_\_\_/  
N° Allocataire CAF : \_\_\_\_\_ Autre régime (à préciser) \_\_\_\_\_  
Caisse de : \_\_\_\_\_

**PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPERER L'ENFANT**

Nom Prénom	Lien de parenté	Téléphone

**POUR LE SECTEUR ADOS UNIQUEMENT**

Le jeune peut-il arriver seul  Oui  Non

**Rentrer seul du centre social**

En journée  Oui  Non

En soirée  Oui  Non

**Ou des 4 villages pour les activités décentralisées :**

Assieu  Oui  Non

La Chapelle-de-Surieu  Oui  Non

Saint-Romain-de-Surieu  Oui  Non

Ville-sous-Anjou  Oui  Non

**RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT**

Je soussigné(e) Père, Mère, Tuteur :.....

Déclare avoir pris connaissance et être en accord avec les modalités de fonctionnement de l'Accueil de loisirs ainsi que le règlement intérieur.

**AUTORISATION DES PARENTS**

Je soussigné(e) Père, Mère, Tuteur :.....

De l'enfant.....

Autorise le centre social à utiliser l'image de mon enfant, prise lors des activités, sur tout support de communication (cf document « AUTORISATION DE L'EXPLOITATION DE MON IMAGE OU CELLE DE MON ENFANT À DES FINS INFORMATIVES »)

Autorise le transport de mon enfant lors des sorties

M'engage à payer tous les frais d'inscription/adhésion indiqués, ainsi que les frais de séjour, déduction faite des aides auxquelles j'ai droit selon les modalités indiquées dans le règlement intérieur

Autorise le ou la directeur(trice) de l'accueil à prendre toute mesure d'urgence en cas de maladie ou accident et m'engage à rembourser le montant des frais médicaux

Autorise le Centre Social Les 4 Vents à récupérer auprès de la CAF, les revenus d'avis d'imposition ou le quotient familial.

Fait à ..... Le .....

Signature du représentant légal (précédée de la mention « lu et approuvé, bon pour accord »)