

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026/2027

Enfant : Nom _____ Prénom _____
 Date de naissance : ____/____/____ Garçon ☐ Fille ☐



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom et téléphone du médecin :

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)

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

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

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Rubéole			Scarlatine			Otites			Angines / oreillons		
Varicelle			Rhumatisme			Rougeole			Coqueluche		

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) :

	Oui	Non		Oui	Non
Asthme			Alimentaires		
Médicamenteuses			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

	Parent 1 : Facturation ☐ oui ☐ non	Parent 2 : Facturation ☐ oui ☐ non
Nom - Prénom		
Date de naissance		
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)		

MERCI DE REMPLIR LE VERSO S.V.P. 🐦

Caisse de :

Nom / Prénom	Lien de parenté	Téléphone

Le jeune peut...	Oui	Non
Arriver seul		
Rentrer seul du centre social	1.	1.
1. En journée		
2. En soirée	2.	2.
Rentrer seul des 4 villages pour les activités décentralisées	3.	3.
3. Assieu	4.	4.
4. Saint-Romain-de-Surieu		
5. La Chapelle-de-Surieu	5.	5.
6. Ville-sous-Anjou	6.	6.

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

☐ Autorise le centre social à utiliser l'image de mon enfant, prise lors des activités, sur tout support de communication *

☐ 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 à récupérer auprès de la CAF, les revenus d'avis d'imposition ou le quotient familial.

* Rappel de l'article 9 du code civil : « Chacun a droit au respect de sa vie privée. Les juges peuvent, sans préjudice de la réparation du dommage subi, prescrire toutes mesures, telles que séquestre, saisie et autres, propres à empêcher ou faire cesser une atteinte à l'intimité de la vie privée : ces mesures peuvent, s'il y a urgence, être ordonnées en référé. »

Lors de la publication des photographies sur des supports numériques (site internet, page Facebook ou compte Instagram du centre social), les visages seront systématiquement cachés.

Fait à Le

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