



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche doit être rendue en complément du certificat médical demandé.

NOM :

Date de naissance :

Prénom :

Garçon

Fille

● Le mineur suit-il un traitement médical régulier ? oui non

Si oui, une ordonnance récente devra être fournie, ainsi que les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant, avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

● Le mineur a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

● Allergies :

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)

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

Recommandations utiles des parents

(Lentilles de contact, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc.)

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

Nom et coordonnées du Médecin Traitant :

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



● Responsable du mineur :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Profession :

Profession :

Adresse :

.....

N° de téléphone : Portable :

Adresse e-mail : @

Nombre d'enfants inscrits à l'accueil de loisirs : à l'animation jeunesse :

● Autorisations :

J'autorise / je n'autorise pas¹ mon enfant à quitter les locaux de l'animation jeunesse par ses propres moyens

à la fin des activités proposées

à partir de heures si l'animation est terminée.

J'autorise / je n'autorise pas¹ la prise de photos et vidéos lors des activités à des fins d'illustration des différents supports de communication (internet, presse, plaquette, etc.).

● Régime d'affiliation du mineur :

Sécurité sociale MSA Autre (précisez) :

N° d'immatriculation :

N° Allocataire CAF (ou nom et n° autre caisse) :

.....

Assurance scolaire ou responsabilité civile :

Conformément à l'article L.227 du Code de l'Action Sociale et des Familles, nous vous recommandons fortement d'être titulaire d'une assurance responsabilité civile.

Je soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et autorise le directeur de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date

Signature

¹ Rayer la mention inutile