Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024-2025

PHOTO

NOM DU MINEUR : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../ ..... /..... SEXE : M ☐ F ☐

**Niveau scolaire 2024-2025**: O PS / O MS / O GS / O CP / O CE1 / O CE2 / O CM1 / O CM2

**Régime alimentaire** O sans particularité O sans porc O sans viande O PAI Alimentaire

**Informations médicales** O PAI médical (asthme…) O Lunettes O autres : .....

**Nom de l'assurance responsabilité civile :** .....

**Droit à l'image :** O Oui O Non

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant.**

**1-VACCINATION** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINATION | DATES | VACCINATION | DATES |
|---|---|---|---|
| Diphtérie | | Coqueluche | |
| Tétanos | | Haemophilus | |
| Poliomyélite | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| BCG | | Pneumocoque | |
| Autres : | | | |
| | | | |

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

**2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

**ALLERGIES** : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non

Précisez .....

**PAI :** O Alimentaire O Autre : .....

**JOINDRE UNE COPIE DU PAI POUR ACCUEILLIR AU MIEUX VOTRE ENFANT**

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui préciser** ☐ oui ☐ non

.....

.....

**3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…

.....

.....

.....

.....

**4-RESPONSABLES DU MINEUR**

**Responsable N°1 :** NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE :..... .....

TEL TRAVAIL: ..... TEL PORTABLE : .....

**Responsable N°2** : : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE :..... .....

TEL TRAVAIL ..... TEL PORTABLE : .....

**Personnes à appeler d'urgence autres que les parents**

| Nom | Prénom | téléphones |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

**J'autorise mon ou mes enfants, dans le cadre des activités, à sortir du territoire communal dans le cadre d'une sortie inscrite sur le planning en transport collectif, à pied, à vélo**. O Oui O Non

**Je m'engage en signant la fiche sanitaire à prévenir le service scolaire de toute information qui pourrait concerner l'équipe d'animation et l'accueil de mon enfant.**

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, 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 mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :