

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023/2024 - ACCUEIL DE LOISIRS 3/17 ANS



CENTRE SOCIAL MULSANT  
Générateur de Convivialité

### ETAT CIVIL DE L'ENFANT :

NOM : ..... PRENOM : .....

SEXE : F M (entourer la réponse) TEL :

DATE DE NAISSANCE : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

AGE : ..... ECOLE FREQUENTEE : ..... CLASSE : .....

### RENSEIGNEMENTS SUR LES REPRESENTANTS LEGAUX :

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

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

PROFESSION : .....

TEL PORTABLE : ..... TEL FIXE : .....

MAIL : .....

### RENSEIGNEMENTS SUR LES REPRESENTANTS LEGAUX :

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

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

PROFESSION : .....

TEL PORTABLE : ..... TEL FIXE : .....

MAIL : .....

### PERSONNES SUSCEPTIBLES DE VENIR CHERCHER L'ENFANT OU LE JEUNE :

NOM : ..... PRENOM : .....

TEL : ..... LIEN AVEC L'ENFANT : .....

### PERSONNES SUSCEPTIBLES DE VENIR CHERCHER L'ENFANT OU LE JEUNE :

NOM : ..... PRENOM : .....

TEL : ..... LIEN AVEC L'ENFANT : .....

**PERSONNES SUSCEPTIBLES DE VENIR CHERCHER L'ENFANT OU LE JEUNE :**

NOM : ..... PRENOM : .....

TEL : ..... LIEN AVEC L'ENFANT : .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

NOM DU MEDECIN TRAITANT : .....

VACCINS OBLIGATOIRES : DT POLIO (*dernière injection*) : .....

Rubéole    varicelle    angine    scarlatine    coqueluche    otite    rougeole    oreillons  
*(entourer les maladies contractées)*

ALLERGIES :    asthme    alimentaires    médicamenteuses

Si, oui préciser lesquelles et la conduite à tenir : .....

.....  
.....

**PARTICULARITES ALIMENTAIRES :**

Sans porc    sans viande    sans régime particulier

*(pour les régimes particuliers on remplace par du poisson ou des œufs)*

**UN PROTOCOLE INDIVIDUALISE PAI A-T-IL ETE SIGNE ?**

OUI    NON    (*entourer la réponse*)

SI OUI DATE DE SIGNATURE : .....(le joindre en photocopie)

Votre enfant porte t-il    des lunettes ?    prothèses auditives ?    prothèses dentaires ? etc...

Votre enfant a-t-il une reconnaissance handicapée ? (MDPH)    OUI    NON    (*entourer la réponse*)

*(Joindre la notification)*

**AUTORISATION :**

Sortie : J'autorise mon enfant à partir seul (*entourer la réponse*)    OUI    NON

Droit à l'image :    j'autorise    je n'autorise pas    photos et vidéos    diffusion sur le web

*(entourer la réponse)*

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre les mesures d'urgences nécessaires pour notre enfant.

Date :

Signature :