FICHE SANITAIRE DE LIAISON
2024/2025

Nom de l'enfant	
Prénom	
Date de Naissance	
Garçon ☐ Fille ☐	

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom	
Lien avec l'enfant	
Téléphone	

Nom	
Lien avec l'enfant	
Téléphone	

Personne à contacter en cas d'absence des parents

Nom	
Lien avec l'enfant	
Téléphone	

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)…… père, mère, tuteur légal de l'enfant*
**entourer la réponse*

Autorise :
1) Mon enfant à quitter le centre seul ☐ oui ☐ non
2) Si vous avez répondu non, autorisez vous les personnes mentionnées ci dessus à venir chercher votre enfant : ☐ oui ☐ non

Toute les personnes venant chercher l'enfant doit présenter une pièce d'identité

3) La parution de photos ou films dans le cadre des activités, du site internet de la ville et du journal de la ville. ☐ oui ☐ non

Je soussigné(e)……
responsable légal de la famille, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et m'engage à informer le service jeunesse de tout changement qui interviendrait au cours de l'année en scolaire en cours.

Lu et approuvé, Date et signature

1. Médecin traitant

Nom du médecin traitant	
Adresse	
Numéro de téléphone	

2. Hospitalisation *Dans le cadre des activités municipales, une hospitalisation peut être nécessaire face à une situation médicale d'urgence. (En cas d'extrême urgence, l'enfant sera dirigé vers l'hôpital le plus proche)*

L'enfant est autorisé à être hospitalisé à……...

3. Vaccinations (*Joindre photocopies du carnet de vaccination)*

Vaccins obligatoires	**oui**	**non**	**Date des derniers rappels**	**Vaccins recommandés**	**Dates**
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole, Oreillons, Rougeole	
Ou DT polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

4. Particularités de l'enfant

Port de Lunettes	Port de lentilles	Appareils auditifs	Appareil dentaire	Autres (précisez)
□ oui □ non	□ oui □ non	□ oui □ non	□ oui □ non	□ oui □ non

5. Allergies ou maladie de l'enfant

		DESCRIPTION
Asthme	□ oui □ non	
Allergies alimentaires	□ oui □ non	
Autres contre indications ou régimes spécifiques alimentaires	□ oui □ non	
Allergies médicamenteuses	□ oui □ non	
Autres allergies	□ oui □ non	
Traitement (suivi médical)	□ oui □ non	

Je soussigné (e), …… responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'organisateur à prendre, au cas où les familles ne seraient pas joignables, les décisions rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Lu et approuvé, Date et signature