



# FICHE DE LIAISON SANITAIRE ACCUEILS DE LOISIRS

PHOTO  
D'IDENTITE

## ETAT CIVIL DE L'ENFANT

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ Département: \_\_\_\_\_

Sexe : Fille  Garçon  Nationalité: \_\_\_\_\_

## REPRESENTANT LEGAL 1

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Père  Mère  Tuteur  Garde alternée: Oui  Non

N° : \_\_\_\_\_ rue: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Adresse de facturation: Oui  Non  courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### Téléphones:

Fixe: / / / / Mobile: / / / / Pro: / / / /

## REPRESENTANT LEGAL 2

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Père  Mère  Tuteur  Garde alternée: Oui  Non

N° : \_\_\_\_\_ rue: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Adresse de facturation: Oui  Non  courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### Téléphones:

Fixe: / / / / Mobile: / / / / Pro: / / / /

## PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom & Prénom: \_\_\_\_\_ Téléphone: / / / /

Nom & Prénom: \_\_\_\_\_ Téléphone: / / / /

Nom & Prénom: \_\_\_\_\_ Téléphone: / / / /

## PERSONNES NON AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom & Prénom: \_\_\_\_\_

**Légende :** Oui  Non  cocher la case correspondante

## INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Régime de sécurité sociale : Général  Agricole  Maritime  Autre

N° d'allocataire CAF sous lequel l'enfant est enregistré: \_\_\_\_\_ CAF de : \_\_\_\_\_

N° du contrat sous lequel l'enfant est assuré : \_\_\_\_\_ Société : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS MEDICALES & SANITAIRES

Vaccinations:			une copie du carnet de santé ou un justificatif des vaccins obligatoires est à fournir.					
Vaccin	Valide	Non	Vaccin	Valide	Non	Vaccin	Valide	Non
Diphthérite			Coqueluche			Oreillons		
Polyomyélite			Haemophilus influenzae B			Pneumocoque		
Tétanos			Hépatite B			Rougeole		
			Meningocoque C			Rubéole		

*pour les enfant né après le 1 janvier 2018*

ALLERGIES	Oui	Non	Recommandations particulières ou précisions			informations complémentaires		
ASTHME	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>				PROTHESE DENTAIRE	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
MEDICAMENTEUSES	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>				PROTHESE AUDITIVE	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
ALIMENTAIRES	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>				LUNETTES	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
Enfant de 3 à 5 ans						ENFANT NAGEUR	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
L'enfant fait-il la sieste ?			Si oui combien de temps	h		Plan d'Accueil Individualisé (PAI)		
						Repas sans porc	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
						Restriction Alimentaire médicale	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
						Enfant porteur d'un handicap reconnu par la MDPH	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>

si oui laquelle ? \_\_\_\_\_

Nécessite-t-elle une médication quotidienne ? si oui laquelle ? \_\_\_\_\_

*Ordonnance récente à joindre obligatoirement*

### Informations complémentaires et recommandations

---



---



---



---



---

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné \_\_\_\_\_

Responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_

1/	Déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise si nécessaire le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.
	<i>Conformément au CERFA n° 10008*2</i>
2/	Autorise l'enfant à participer à toutes les activités, y compris les déplacements et sorties hors de la commune, quel que soit le moyen de transport collectif utilisé.
3/	Autorise mon enfant à repartir seul Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>

Date du jour / /

Signature du représentant légal