



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
Diphtérie			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	<div>Plan d'Accueil Individualisé (PAI)</div> <div>Repas sans porc Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/></div> <div>Restriction Alimentaire médicale Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/></div> <div>Enfant porteur d'un handicap reconnu par la MDPH Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/></div>

L'enfant souffre t-il d'une pathologie chronique? Oui ☐ Non ☐

si oui laquelle ?

Nécessite -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. <div style="text-align: center; background-color: #f0f0f0; padding: 2px;">Conformément au CERFA n° 10008*2</div>
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