

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025 / 2026

INFORMATIONS FAMILLES

ENFANT
NOM :
Prénom(s) :
Date de naissance :/...../.....
Classe :
Sexe :

RESPONSABLE LÉGAL 1
Lien :
NOM :
Prénom :
Tel Portable/...../...../...../.....
Tel Professionnel/...../...../...../.....
Adresse mail
Adresse

RESPONSABLE LÉGAL 2
Lien :
NOM :
Prénom :
Tel Portable/...../...../...../.....
Tel Professionnel/...../...../...../.....
Adresse mail
Adresse

Numéro Allocataire CAF ou identifiant MSA : Numéro de sécurité sociale couvrant l'enfant :

Renseignements médicaux

● Vaccins obligatoires

Nom du Vaccin	Dates des derniers rappels

Si l'enfant n'a pas fait les vaccins obligatoires, joindre obligatoirement un certificat médical de contre-indication.

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant
L'enfant suit-il un traitement médical : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui,
Si oui, joindre impérativement l'ordonnance et les médicaments.
L'enfant a-t-il eu des maladies infantiles (varicelle, rubéole, oreillons, rougeole) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui,
Allergies : <input type="checkbox"/> Oui, précisions: <input type="checkbox"/> Non
Attention : les allergies alimentaires ne sont pas prises en compte par le prestataire de restauration, un panier repas doit être fourni à votre enfant.
PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : <input type="checkbox"/> Oui, précisions..... <input type="checkbox"/> Non

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	
Régime alimentaire particulier : <input type="checkbox"/> Sans Porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Non	
L'enfant est autorisé à être pris en photo : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Publication des photos sur les réseaux sociaux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
L'enfant est autorisé à être transporté avec les véhicules de l'association : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
L'enfant est autorisé à repartir seul de l'accueil de loisirs : Oui, à partir de : <input type="checkbox"/> 17h00 <input type="checkbox"/> 17h30 <input type="checkbox"/> 18h00 <input type="checkbox"/> Non	

Autres personnes pouvant récupérer l'enfant	
Nom / prénom / lien de parenté	
TEL :	
Nom / prénom / lien de parenté	
TEL :	
Nom / prénom / lien de parenté	
TEL :	

<i>Je soussigné,....., responsable légal</i>	
<i>de l'enfant, atteste sur l'honneur que les informations notifiées sur la feuille d'inscription sont exactes.</i>	
<i>Fait à</i>	<i>Le :</i>
<i>Signature des parents ou du responsable légal :</i>	