



FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT 2025 – 2026

L'ENFANT

SEXE ☐ Féminin ☐ Masculin

NOM : _____

Prénom : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

Age : _____

N° sécurité sociale associé à l'enfant : _____

Bénéficiaire de la Couverture de Maladie Universelle (CMU) ☐ Non ☐ Oui

ALLERGIE

Alimentaire ☐ non ☐ oui Laquelle : _____

Médicamenteuse ☐ non ☐ oui Laquelle : _____

Autres ☐ non ☐ oui Laquelle : _____

PATHOLOGIE (asthme, diabète, épilepsie, autres...)

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE ☐ oui ☐ non	VARICELLE ☐ oui ☐ non	ANGINE ☐ oui ☐ non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ ☐ oui ☐ non	SCARLATINE ☐ oui ☐ non
COQUELUCHE ☐ oui ☐ non	OTITE ☐ oui ☐ non	ROUGEOLE ☐ oui ☐ non	OREILLONS ☐ oui ☐ non	

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé).

☐ non ☐ oui en cours d'élaboration ☐ oui déjà établi

Si oui

Merci de nous faire parvenir une copie du PAI signée à la fois par la famille et par le médecin traitant.

Sans la copie du PAI, nous ne pouvons pas approuver l'inscription de l'enfant

car nous ne pouvons pas garantir sa sécurité physique.

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Aucun médicament ne pourra être mis à disposition sans ordonnance et/ou administrer sans PAI. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées pathologie au nom de l'enfant avec la notice)

Traitement régulier ☐ Aucun ☐ Pris au domicile ☐ A prendre sur la structure

Traitement en cas de crise (, allergie...) ☐ Non ☐ Oui

Si traitement : Joindre l'ordonnance afin d'informer les secours en cas d'urgence.

APPAREILLAGE COMPENSATOIRE

☐ Lunette ☐ Lentilles ☐ Prothèses Auditives ☐ Prothèses Dentaires

☐ Appareil orthopédique ☐ Lequel

Précisez des recommandations si nécessaire (manipulation, rangement, à retirer selon activité...)

Informations supplémentaires qui nécessitent une surveillance particulière.

MÉDECIN TRAITANT (facultatif)

Nom : Tél : Adresse :

RESPONSABLE(S) En cas de : divorce, séparation des parents, de délégation à un tuteur/tutrice, merci de fournir le jugement correspondant afin de prendre connaissance des modalités de l'autorité parentale.

☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur/Tutrice

Nom : -----

Prénom : -----

Adresse : -----

Commune : -----

Tél : -----

☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur/Tutrice

Nom : -----

Prénom : -----

Adresse : -----

Commune : -----

Tél : -----

AUTORISATION DES RESPONSABLES

☐ Autorise ☐ N'autorise pas

J'autorise les adultes encadrants à prendre, le cas échéant, toutes mesures d'ordre médical rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

A ----- le / / Signature du / des responsable(s)

FICHE SANITAIRE A RETOURNER SIGNÉE A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

SIVU ENFANCE JEUNESSE DE LA VALLEE DE LA VANERA 1 RUE DU CANIGO 66340 OSSEJA
TEL : 04-30-45-14-81 PORTABLES : 06-47-29-03-79
MAIL : alsh.vanera@gmail.com