



Fiche sanitaire de liaison 2024

Valable 1an (janvier – décembre)

L'enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age ans

Garçon Fille

Responsable légal 1

Nom et Prénom :

Rue :

Code postal : Ville :

N° Tél. en cas d'urgence : N° Tel domicile :

N° Tél portable :

N° Tél. travail :

Adresse E-mail :@.....

Responsable légal 2

Nom et Prénom :

Rue :

Code postal : Ville :

N° Tél. en cas d'urgence : N° Tel domicile :

N° Tél portable :

N° Tél. travail :

Adresse E-mail :@.....

Affiliation

N° de sécurité sociale :

Régime Général : CAF MSA Autre (préciser)

N° allocataire : Quotient Familiale à l'inscription (peut évoluer) :

Autres personnes que les parents autorisés à récupérer l'enfant

Nom, Prénom Nom, Prénom Nom, Prénom

Lien : Lien : Lien :

Tél : Tél : Tél :

Autorisation

- Autorise mon enfant à apparaître sur des photos et/ou vidéos sur le site du centre
- Autorise mon enfant à apparaître sur des photos et/ou vidéos dans la presse
- Autorise mon enfant à apparaître sur les réseaux sociaux du centre de loisirs
- Autorise mon enfant à participer à des activités qui nécessitent que le transport soit assuré par les animateurs

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfants)

Vaccins obligatoires <i>(Enfant né à partir de 2018)</i>	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins obligatoires <i>(Enfant né avant 2018)</i>	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphthérie				Diphthérie			
Tétanos				Tétanos			
Poliomyélite				Poliomyélite			
Rubéole							
Coqueluche							
Rougeole							
Oreillons							
Hépatite B							
Méningocoque C							
Pneumocoque							
Haemophilus influenzae B							

⚠ Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Renseignements médicaux

- Nom et N° du médecin traitant :
- Traitement médical
 - L'enfant suit-il un traitement médical lors de sa venue au centre de loisirs ? OUI NON

Si un traitement est à prendre durant toute ou une partie de sa venue au centre de loisirs, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). S'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et modalités d'utilisation du produit devront être décrites.

.....
.....
.....

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- Informations médicales

Veuillez indiquer ci-dessous les antécédents médicaux ou chirurgicaux ou tout autre élément d'ordre médical considéré par les responsables légaux du mineur comme susceptibles d'avoir des répercussions durant une venue au centre de loisirs

.....
.....
.....

Conditions générales

Ayant pris connaissance du fonctionnement du pôle Centre Aéré de l'E.V.S. « Bien Vivre Ensemble », je soussigné(e), (nom et prénom)responsable légal de l'enfant (nom/prénom)

.....

1. Autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs.
2. Certifie exacts les renseignements portés sur la présente Fiche Sanitaire de Liaison
3. Décharge les organisateurs de toute responsabilité en d'accident qui pourrait survenir avant ou après le fonctionnement du centre auquel l'enfant est inscrit.
4. Autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.
5. M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.
6. M'engage à faire fréquenter mon enfant suivant les périodes indiquées.
7. L'association décline toute responsabilité concernant le transport des enfants par des membres de l'association ou des bénévoles.
8. Les absences ne seront remboursées que sur présentation d'un certificat médical.

Faire précéder la signature de la mention « Lu et approuvé » :

A Condé sur Vire, le ... / ... / ...

Signature :