



# Fiche Sanitaire de liaison 2024/25/26

NOM de l'enfant : .....  
Prénom : .....  
Date de Naissance : .....  
Ecole : .....  
Classe : ...../...../.....

## Informations Générales

NOM/Prénom du représentant légal : .....  
Adresse : .....  
Téléphone domicile : ..... N° carte Adhérent : .....  
Mail : .....

<i>Mère - Père</i>	<i>Mère - Père</i>
Nom/Prénom si différent : .....	Nom/Prénom si différent : .....
N° Portable : .....	N° Portable : .....
Nom et téléphone de l'employeur : ..... .....	Nom et téléphone de l'employeur : ..... .....

**ATTESTATION ALLOCATAIRE :** Merci de présenter l'attestation allocataire de l'organisme dont vous dépendez et de nous prévenir de tout changement de situation.

CAF  MSA  Autre : ..... **Nom de la personne allocataire** .....

N° d'allocataire : ..... **Quotient Familial** : .....

## Informations Médicales

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui  Non

~ Si **oui**, joindre une ordonnance de moins de 3 mois et les médicaments correspondants. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, marqués au nom de l'enfant).

~ *Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance*

**Vaccination** : Il est impératif de nous photocopier le carnet de vaccination à jour

**L'enfant a-t-il des allergies ?**

Asthme : Oui  Non  Médicamenteuse : Oui  Non  Alimentaire Oui  Non

Autres (précisez) : Oui  Non  .....

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir** : .....

<b>L'enfant a-t-il des difficultés de santé ?</b> (Maladie, crises convulsives, énurésie (camp) etc.) Précisez les précautions à prendre	<b>Recommandations utiles</b> (lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires, etc.)
.....	.....

# Autorisation Parentale Permanente

---

➤ **J'autorise mon enfant (de plus de 7 ans) à quitter l'accueil de loisirs/périscolaire aux horaires de fermeture :**

Seul (moyen de locomotion :.....)

**Accompagnés des personnes autorisés suivantes :**

Nom et Prénom :..... N° de téléphone :.....

Nom et Prénom :..... N° de téléphone :.....

Nom et Prénom :..... N° de téléphone :.....

**Si votre enfant doit partir avec une personne non inscrite dans la liste ci-dessous merci de nous prévenir au préalable par téléphone ou autorisation écrite. (Cette personne devra présenter sa pièce d'identité).**

**J'autorise mon enfant à voyager dans le cadre des activités proposées :**

En voiture particulière

En transport collectif

**J'autorise mon enfant à participer aux sorties extérieures proposées par l'accueil.**

**J'autorise l'équipe d'encadrement à prendre mon enfant en photo** et autorise également l'association Familles Rurales à diffuser ces photos dans le cadre de l'information de ses activités (Presse, site internet, Facebook ...).

**J'autorise que mon enfant soit conduit à la piscine pour se baigner.**

Mon enfant : sait nager

ne sais pas nager

**J'autorise les responsables de l'accueil à faire intervenir un médecin ou les services d'urgences auprès de mon enfant en cas de nécessité, et si nécessaire, à effectuer une anesthésie.**

➤ **NOM/Prénom et téléphone du médecin traitant :**.....

Nom de la personne à prévenir si vous êtes injoignable :.....

N° de téléphone : .....

---

Je soussigné..... responsable légal de l'enfant ..... déclare exactes les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Année 2023/2024

Signature et date

Année 2024/2025

Signature et date

Année 2025/2026

Signature et date