

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021

**Enfant** : Garçon  Fille  CLSH  PASSERELLE  ANIM ADOS   
Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : N° CAF : ou N° MSA  
Nom du médecin traitant : N° téléphone

## 1. Vaccinations

Date dernier rappel vaccin DTP (diphtérie, tétanos, poliomyélite) :...../...../.....

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

ATTENTION : le vaccin ANTI-TETANIQUE ne présente aucune contre-indication.

## 2. Renseignements médicaux concernant l'enfant

*Ces renseignements seront utiles en cas de consultation chez un médecin ou aux urgences et resteront confidentiels.*

**Le personnel du centre de loisirs n'est pas habilité à donner de traitement médicamenteux même sur présentation d'une ordonnance.**

L'enfant est-il atteint d'une maladie chronique (diabète, asthme, épilepsie....)

Oui  Non

Si oui, laquelle :

traitement associé :

L'enfant présente-t-il des allergies ?

Oui  Non

Si oui, un certificat médical sera à fournir précisant l'allergie et la conduite à tenir

L'enfant a-t-il des antécédents médicaux et/ou chirurgicaux :

Oui  Non

Si oui, lesquels :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,...

Oui  Non

Précisez :

---

### 3. Responsables de l'enfant

	MERE	PERE
Nom		
Prénom		
Adresse		
Adresse Mail		
Téléphone domicile		
Téléphone travail		
Téléphone portable		
Téléphone portable de l'enfant		

➤ **Personnes autorisées à prendre l'enfant :**

Nom et prénom Téléphone

Nom et prénom Téléphone

**Personnes NON autorisées :**

---

### 4. Droit à l'image :

J'autorise la diffusion (site Internet, journal interne...) des photos de mon enfant prises lors des activités du centre de loisirs.

Oui  Non

---

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant :

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- autorise le responsable du centre à prendre le cas échéant, toutes mesures (soins médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur et s'engage à le respecter
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités du CLSH

Date :

Signature :