

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022

**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.*

***Les animateurs peuvent administrer des médicaments aux enfants sous la responsabilité des parents et sur présentation d'une ordonnance lisible en cours de validité dès lors que le médecin n'a pas prescrit l'intervention d'une auxiliaire médicale. Le médicament sera fourni dans son emballage d'origine.***

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** :