

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document confidentiel



ANNEE 2024 - 2025

Centre Socioculturel CMes Loisirs  
1053 rue du Léman  
74140 Chens sur Léman

PHOTO

NOM DU MINEUR : /

PRENOM : /

DATE DE NAISSANCE : / / / / / / / / / / SEXE :  M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du mineur (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L.227-4 du code de l'action sociale et des familles) ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

## 1. VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations, joindre la photocopie)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				R-O-R	
Ou DT Polio				Autres (Préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

## 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui  Non

Si oui, 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).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

**Régime alimentaire particulier :** Oui  Non  si oui : Sans viande  Sans porc :

**ALLERGIES :** ALIMENTAIRES oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non  ASTHME oui  non

AUTRES (préciser) ..... oui  non

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Autre _____

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier nécessitant la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), y a-t-il des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?    oui  non

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4. DROIT A L'IMAGE / ACTIVITES**

J'autorise / je n'autorise pas<sup>(1)</sup> l'Accueil de Loisirs à diffuser les photographies, prises durant les activités, sur lesquelles figure mon enfant, autorisation valable :

- Pour l'édition de documents pédagogiques
- Pour des expositions relatives à l'accueil de loisirs
- Pour les journaux d'informations locales
- Pour la publication sur le site internet de l'Association

J'autorise / je n'autorise pas<sup>(1)</sup> mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées dans le cadre de l'accueil de loisirs (sorties à pieds, à vélo, en minibus, en voiture individuelle, ou en bus), à participer aux activités aquatiques et à se baigner.

*(NB : les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre la Poliomyélite)*

<sup>(1)</sup>Rayer la mention inutile

**5. PERSONNES AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT APRES L'ACCUEIL DE LOISIRS (Hors responsables légaux)**

NOM .....  
PRENOM .....  
TEL. ....

NOM .....  
PRENOM .....  
TEL. ....

NOM .....  
PRENOM .....  
TEL. ....

NOM .....  
PRENOM .....  
TEL. ....

**6. PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (hors responsables légaux, qui seront appelés en priorité)**

NOM .....  
PRENOM .....  
TEL. ....

NOM .....  
PRENOM .....  
TEL. ....

NOM .....  
PRENOM .....  
TEL. ....

NOM .....  
PRENOM .....  
TEL. ....

**7. RESPONSABLES LÉGAUX DU MINEUR**

PARENT 1 :

NOM .....  
PRENOM .....  
ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)  
.....  
.....  
.....  
TEL. TRAVAIL .....  
TEL. PORTABLE .....

PARENT 1 :

NOM .....  
PRENOM .....  
ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)  
.....  
.....  
.....  
TEL. TRAVAIL .....  
TEL. PORTABLE .....

NOM et N ° TEL. DU MEDECIN TRAITANT .....  
.....

Nous soussignés, ..... responsables légaux du mineur, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et nous engageons à les réactualiser si nécessaire. Nous autorisons le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé du mineur.

Date et signature : Parent 1 :

Parent 2 :



## FICHE FAMILIALE

### Année 2024-2025



Parent 1 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Parent 2 :

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente) :

email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

#### Numéros de téléphone utiles

N° de téléphone parent 1 :

N° de téléphone parent 2 :

N° de téléphone domicile parent 1 :

N° de téléphone domicile parent 2 :

N° de téléphone autre :

N° de téléphone autre :

Nom et prénom des enfants/jeunes	N° identifiant Bons vacances (Indiqué sur les bons)	Adhésion
		12€*
		12€*
		12€*
		12€*

**\*12€ /enfant si adhésion au centre de loisirs (Adhésion valable de début septembre N à fin août N+1)**

#### Allocation familiales versées par :

Nom de la caisse : \_\_\_\_\_ N° d'allocataire complet : \_\_\_\_\_

Quotient familial CAF (joindre la copie de la notification) : \_\_\_\_\_

**La notification CAF est à renouveler chaque début d'année et à chaque changement de situation ou de QF**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal(e) autorise le responsable du centre à présenter mon (mes) enfant(s) au médecin en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie.

Dans ce cas, je m'engage à rembourser à l'association C Mes Loisirs les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et les frais annexes dont l'avance aurait été faite pour mon (mes) enfant(s)

J'autorise l'association à prendre mes enfants en photo et en faire usage aux seules fins des actions de communication de l'association.

J'autorise mes enfants à se baigner sous surveillance d'un personnel qualifié.

J'autorise l'association à transporter mes enfants pour les besoins ou activités du centre par l'équipe d'encadrement, par les membres du bureau, ou par des moyens collectifs (Bus, train, etc ....)

Le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature parent 1 :

Signature parent 2 :

(Précédé de la mention "Lu et Approuvé")