

# Fiche sanitaire de liaison 2026/2027



Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant.  
Elle sera détruite le 31 août 2027.

- ✓ Numéro d'allocataire CAF : .....
- ✓ Autorisez-vous l'administration de la MJC à consulter votre Quotient familial via le site CDAP:
  - Oui  Non
- ✓ Numéro de police d'assurance périscolaire ou extra-scolaire et nom de l'organisme : .....

## Activités choisies :

- Accueil de loisirs
- Accueil Périscolaire : Bois Robin  Les Pléiades-Dany Lamy
- Paul Minot  Tanchoux-Les Erables

## 1-Identité de l'enfant :

- NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_
- Date de naissance : \_\_\_\_\_ Classe fréquentée : \_\_\_\_\_
- Garçon  Fille

## 2-Vaccinations :

Joindre impérativement les **photocopies du carnet de santé** de votre enfant.  
Les **vaccinations à jour sont obligatoires**, sinon joindre un certificat médical datant de moins de trois mois.

## 3-Renseignements médicaux concernant l'enfant :

- L'enfant suit-il un traitement médical :  Oui  Non
- Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice)  
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

### Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**

.....  
 .....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISMES <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

## ALLERGIES :

- ASTHME :  Oui  Non
- MEDICAMENTEUSES :  Oui  Non
- ALIMENTAIRES :  Oui  Non

AUTRES : .....  
 Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

.....  
 .....

**Recommandations utiles des parents**

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

.....  
 .....

**MEDECIN TRAITANT :**

NOM : ..... TEL. : .....

**4-Responsable(s) de l'enfant :**

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....  
 .....

**NUMEROS DE TELEPHONES :**

PARENT 1 TEL. : ..... TEL. TRAVAIL : .....  
 PARENT 2 TEL. : ..... TEL. TRAVAIL : .....

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

<b>Nom :</b>	<b>Nom :</b>	<b>Nom :</b>
<b>Prénom :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Lien de parenté :</b>	<b>Lien de parenté :</b>	<b>Lien de parenté :</b>
<b>Tél. :</b>	<b>Tél. :</b>	<b>Tél. :</b>

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT**

<b>Nom :</b>	<b>Nom :</b>	<b>Nom :</b>
<b>Prénom :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Lien de parenté :</b>	<b>Lien de parenté :</b>	<b>Lien de parenté :</b>
<b>Tél. :</b>	<b>Tél. :</b>	<b>Tél. :</b>

Je soussigné .....  
 Responsable l'égal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la M.J.C à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise la MJC à dématérialiser la fiche sanitaire (scan, photo...)

DATE : .....

SIGNATURE :

