

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Mise à jour effectuée  
le :

**ANNEE :**

## **Accueil de Loisirs sans Hébergement**

### **Le Marsupylami**

Route de St Thégonnec  
29410 PLEYBER-CHRIST  
Tél : 02 98 78 47 23 (mercredi et vacances)  
02 98 78 49 55 (Lundi, mardi, jeudi et vendredi)

### **Organisateur :**

Mairie  
Square Anne de Bretagne  
29410 PLEYBER-CHRIST  
Tél : 02 98 78 41 67

## **ETAT CIVIL DE L'ENFANT**

Nom de l'enfant : .....  
Prénom : .....  
Sexe : M      F  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....

## **RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Tél. fixe et portable, domicile : .....  
Tél. bureau : .....  
N° allocataire CAF ou MSA : .....

## **PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

Nom : ..... Tél. : .....  
Nom : ..... Tél. : .....

## **Complément d'information :**

- Assurance (responsabilité civile) : organisme : ..... N°sociétaire.....  
Je soussigné (e) .....certifie que mon enfant est couvert par cette  
assurance responsabilité civile, ou un contrat d'assurance scolaire.  
- JOINDRE Les bons vacances ALSH, CAF, MSA, CE...

## **ACTIVITES :**

J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées.

- J'autorise      Je n'autorise pas      mon enfant à la pratique des activités sportives (cocher)  
Cause éventuelle : .....

Mon enfant sait nager      ne sait pas nager      (cocher la case de votre choix)

Donc j'autorise      Je n'autorise pas      mon enfant à la pratique des activités nautiques  
(cocher)

**Activité liée à la photo :**      J'autorise      je n'autorise pas      (cocher la case de votre choix)

l'équipe d'animation à effectuer des et à diffuser les photographies prises dans le cadre des  
activités du centre de loisirs. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la  
reproduction de ces photos devront respecter l'anonymat de l'enfant et ne devront pas porter  
atteinte à sa réputation

Dates signature :

**VACCINATIONS** (à remplir à partir du carnet de santé ou joindre les photocopies des pages correspondantes)

L'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
BCG				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				Autre (préciser)	

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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

<b>Rubéole</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Varicelle</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Angine</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Rhumatisme</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Scarlatine</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Coqueluche</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Otite</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Rougeole</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Oreillons</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES**

ASTHME Oui  Non       MEDICAMENTEUSES Oui  Non   
 ALIMENTAIRES Oui  Non       AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

(si automédication le signaler)

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**INDIQUEZ LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES**  
 (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations...)

.....  
 .....  
 .....

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS**

.....  
 .....

Nom et adresse du médecin traitant : .....

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? Oui  Non

Si oui, lequel ? .....

Si l'enfant doit suivre un traitement, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments

Date et signature :

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e).....

Responsable légal de l'enfant.....

Autorise Mme ou Mr.....à prendre en charge mon enfant après l'accueil de loisirs

Autorise mon enfant à rentrer seul à .....heures

-Décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident en dehors des heures de prises en charge par l'accueil de loisirs.

Rappel : Par sécurité l'enfant doit être amené à l'intérieur des locaux et repart de la même manière.

-Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire.

-Autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ..... Signature :