
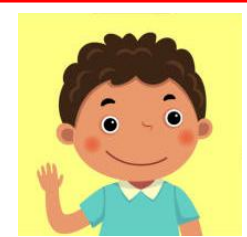







**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
**Périscolaire / Centre de loisirs / Club des Jeunes**  
**2026/2027**







<b>ENFANT</b>	
Nom :	Né(e) le :
Prénom :	À :
Nationalité :	
Ecole :	Classe :
Enseignant :	

**PHOTO RECENTE OBLIGATOIRE**

<b>FAMILLE</b>	
M. et / ou Mme :	
<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	
Nombre d'enfants :	Régime : CAF    MSA    Autres
Situation familiale :	
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Union Maritale <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf	En cas d'absence d'autorité parentale d'un des 2 parents, merci de nous faire parvenir le jugement précisant les conditions d'exercice de l'autorité parentale

<b>PARENT 1</b>	
<b>Autorité parentale : OUI    NON</b>	
Nom :	
Prénom :	
Né(e) le :	
à :	
Profession :	
<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	

<b>PARENT 2</b>	
<b>Autorité parentale : OUI    NON</b>	
Nom :	
Prénom :	
Né(e) le :	
à :	
Profession :	
<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (Hors parents et tuteurs légaux)**

NOM	PRENOM	TELEPHONE	LIEN DE FAMILLE

**PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (Hors parents et tuteurs légaux)**

NOM	PRENOM	TELEPHONE	LIEN DE FAMILLE

**AUTORISATIONS (merci d'entourer votre réponse)**

- 1- J'AUTORISE mon enfant à participer aux sorties en transport collectif organisées par le Service Enfance/Jeunesse  
OUI NON
- 2- J'AUTORISE mon enfant à participer aux activités baignade (piscine ou plage) organisées par le Service Enfance/Jeunesse  
OUI NON
- 3- J'AUTORISE le Service Enfance/Jeunesse à utiliser dans le cadre pédagogique (publications, site Internet...) des photos et des vidéos de mon enfant prises au cours d'activités  
OUI NON
- 4- J'AUTORISE MON ENFANT à quitter seul l'accueil Périscolaire du soir à partir de 17h30  
OUI NON
- 5- J'AUTORISE MON ENFANT à quitter seul l'Accueil Collectif de Mineurs (mercredis et vacances) à partir de 17h00  
OUI NON
- 6- J'AUTORISE MON ENFANT à quitter seul le Club des jeunes lors des VACANCES à partir de 17h00 :  
OUI NON



## FICHE MEDICALE ENFANT (merci d'entourer votre réponse)

- 1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)  
En application du décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire, je certifie que mon enfant est à jour des vaccins obligatoires :  
NON OUI  
(Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication)  
**Merci de joindre au dossier la photocopie des pages du carnet de vaccination de votre enfant**
- 2- L'enfant suit-il un traitement médical régulier ?  
NON OUI  
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine au Nom et Prénom du mineur avec la notice. AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE
- 3- L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :  
ALIMENTAIRE :  
NON OUI  
MEDICAMENTEUSE :  
NON OUI  
AUTRE (animaux, pollen, plantes) :  
NON OUI  
**Si oui, remettre le certificat médical ou le PAI au responsable de l'accueil, le cas échéant, l'enfant ne pourra être accueilli.**
- 4- L'enfant a-t-il de l'asthme : NON OUI  
**Si oui, remettre le certificat médical ou le PAI au responsable de l'accueil, le cas échéant, l'enfant ne pourra être accueilli.**
- 5- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil :
- 6- Régime alimentaire :  
SANS PORC  
SANS VIANDE  
AUTRE (précisez) :
- 7- NOM DU MEDECIN TRAITANT :  
TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :
- 8- **Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable légal du mineur, autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation du médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.**

**Pour les enfants bénéficiant d'un PAI, une fiche « PROJET PERSONNALISE INDIVIDUEL » sera à compléter avec le responsable de l'accueil**

**Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.  
Je certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs des différents accueils disponibles sur le site Internet de la mairie et m'engage à le respecter en tout point.**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature(s) précédée(s) de la mention « Lu et approuvé » :

**DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR**  
**(à compléter par le responsable de l'accueil)**

- Photo d'identité récente**
- Photocopie des pages du carnet de vaccination**
- Attestation de responsabilité civile – date de validité .....**
- Attestation CAF précisant le quotient CAF**