



FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON

1 - ENFANT :

Coller photo  
d'identité

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Fille  Garçon

École Fréquentée :  Maternelle  Élémentaire  Collège

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_



Merci de fournir une fiche par enfant.

ANNÉE 2020 / 2021

1 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

↪ ALLERGIES :

Asthme  Alimentaires  Médicamenteuses (préciser la molécule) \_\_\_\_\_

Autres: \_\_\_\_\_

↪ PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

(si P.A.I.: Projet d'Accueil Individualisé le signaler et transmettre le document) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

↪ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (Maladie, Accident, Crises convulsives, Hospitalisation, Opération, Rééducation, en précisant les dates et les précautions à prendre) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

↪ NOM DU MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



↳ Nom des personnes susceptibles de venir chercher votre enfant (Merci d'indiquer le lien de parenté avec l'enfant : oncle, tante, grands-parents, voisin(e), ami(e),...)

\_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_

## 2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS :

\*Cocher le Représentant prioritaire à contacter

↳ REPRESENTANT 1 :  \*

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

☎ Domicile : \_\_\_\_\_

☎ Portable : \_\_\_\_\_

☎ Travail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

↳ REPRESENTANT 2 :  \*

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

☎ Domicile : \_\_\_\_\_

☎ Portable : \_\_\_\_\_

☎ Travail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Nom de l'assurance extra scolaire : \_\_\_\_\_

N° du contrat : \_\_\_\_\_

## 3- AUTORISATIONS :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ Représentant Légal du mineur \_\_\_\_\_ :

↳ Autorise mon enfant à quitter l'Action jeunes seul  Oui  Non

↳ Autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs et/ou le Service Jeunesse à faire transporter et soigner mon enfant éventuellement sous anesthésie, suivant les prescriptions des médecins. Je m'engage à régler tous les frais médicaux d'hospitalisation et d'opération m'incombant :  Oui  Non

↳ Autorise mon enfant à participer à toutes les animations, sorties organisées par la (les) structure(s) :  
 Oui  Non

↳ Autorise gracieusement la publication d'images de mon enfant dans la presse locale et nationale et sur les supports de communication de la Mairie (magazines, site Internet de la ville et expositions) :  
 Oui  Non

Fait à \_\_\_\_\_, Le \_\_\_\_\_

Signature du ou des représentants légaux.