

Accueil de Loisirs de l'Amicale Laïque de Saint-Brieuc  
École du Grand Clos  
2022-2023



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**1 - LE MINEUR**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Garçon  Fille

Établissement scolaire:..... Classe suivie .....

**2 - PHOTOCOPIES FEUILLES DE VACCINATIONS ET MALADIES DU CARNET DE SANTÉ :**

(A FOURNIR. SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES,  
JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION)

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

Poids : ..... kg, Taille : ..... cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Doit-il prendre des médicaments pendant la journée ? 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)

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSE oui  non

ALIMENTAIRE oui  non  AUTRES .....

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

**RÉGIMES ALIMENTAIRES** : oui  non  Si oui, préciser lequel : .....

Indiquer ci-après : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc (précisez).

.....  
.....

## 5 - RENSEIGNEMENTS D'IDENTITÉ DE LA FAMILLE

Responsables du mineur

Responsable n°1	Responsable n° 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Tél. travail :	Tél. travail :
Tél. portable :	Tél. portable :

Mail : .....

Adresse de la caisse de Sécurité Sociale : .....

N° d'assuré

Nom et tél. du médecin traitant : .....

Autorisez-vous une autre personne à venir chercher votre enfant : oui  non

Nom, prénom, adresse et téléphone de cette personne : (Prévenir le centre en cas d'imprévu)

.....

## 6 - DÉCLARATION DU RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

(Cette déclaration devra obligatoirement être remplie et signée par le (s) responsable (s)).

Je soussigné(e), ..... responsable du mineur déclare :

- ✓ Exactes les renseignements portés sur cette fiche.
- ✓ Autoriser le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, sur avis médical, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale).
- ✓ **M'engager à inscrire et régler ma participation financière mensuelle chaque mois.**
- ✓ Autoriser le mineur:  
A participer à toutes les activités du centre de loisirs.  
A rentrer seul à la maison :    le midi    oui             non   
    le soir    oui             non

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**SIGNATURE**

Précéder de la mention « Lu et approuvé »