

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2025 – 2026

Centre de loisirs
« Les 3 pommes »
Pass'Ados

VOTRE ENFANT :

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

_ _ / _ _ / _ _ _ _

FILLE ☐

GARÇON ☐

Cette fiche permet de recueillir les informations sanitaires utiles concernant votre enfant durant l'Accueil Collectif de Mineurs.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Poids : kg

Taille : cm

Numéro de Sécurité Sociale :

MÉDECIN TRAITANT : Dr : ☎ :/...../...../...../.....

❖ VACCINATIONS :

Joindre obligatoirement au dossier administratif **les photocopies correspondantes du carnet de santé** ou certificat de vaccinations. Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires : joindre un certificat de contre-indication.

❖ ALLERGIES ALIMENTAIRES, MÉDICAMENTEUSES OU AUTRES :

ALIMENTAIRES : Oui ☐ Non ☐ Si oui lesquelles ?

MÉDICAMENTEUSES : Oui ☐ Non ☐ Si oui lesquelles ?

AUTRES : Oui ☐ Non ☐ Si oui lesquelles ?

❖ MALADIES OU PROBLÈMES DE SANTÉ : (Diabète, asthme, convulsions...)

Votre enfant suit-il un traitement médical permanent? Oui ☐ Non ☐ Si oui, lequel ?



En cas d'allergies alimentaires ou de problèmes de santé nécessitant la prise de médicaments, un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) sera obligatoire. Pour les allergies alimentaires, il vous sera demandé de fournir le repas et le goûter de votre enfant suivant les instructions du PAI mis en place en début d'année scolaire.

Pour les traitements occasionnels : joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec le nom et prénom de votre enfant)

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE

❖ **ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ IMPORTANTS :** (Maladies, accidents, crises convulsives, opérations...) :

RECOMMANDATIONS UTILES : (Port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, semelles orthopédiques...) :

Pour le confort et la sécurité de votre enfant, nous vous demandons en début d'année scolaire de lui fournir une paire de chaussons (antidérapants et qui tiennent bien aux pieds) pour l'accueil périscolaire, les mercredis et les vacances.

Je soussigné(e) (Nom et prénom), responsable légal de l'enfant (Nom et prénom), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil Collectif de Mineurs, le cas échéant, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions...)

FAIT À :

LE :

SIGNATURE(S) :