



Centre de Loisir (St Savin) Mercredi 2025 / 2026
FICHE SANITAIRE DE LIAISON



L'ENFANT NOM : **Prénom :**
Sexe : Masculin Féminin **Date de naissance :**

Est-il en règle au niveau de ses vaccinations ? OUI NON

Date du dernier rappel du vaccin :

- DTCP (Diphtérie Tétanos Poliomyélite)
- Pentavac :
- Hépatite B :
- R.O.R (rougeole oreillons rubéole) :
- Prévenar :
- coqueluche

Observations dans la négative :

Est-il allergique ? Si oui citer dans quel(s) cas :

.....

Présente-t-il une indisposition à pratiquer une ou plusieurs des activités proposées ?

.....

Indiquer ici les difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations) :

.....

Actuellement suit-il un traitement ? OUI NON Si oui, lequel ?

Recommandations des parents :

Bénéficiaire de l'AEEH (Fournir attestation CAF avec mention de l'AEEH)

Bénéficiaire d'un PAI

Autorisation PHOTO : OUI – NON

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : **Prénom :**

Adresse (pendant la période du séjour)

.....

Téléphone domicile : **Téléphone travail :**

Portables **mère :** **Père :**

N° de sécurité sociale :

Personnes désignées par les parents pour récupérer l'enfant :

Nom-prénom : Tél :

Nom-prénom : Tél :

Je soussigné, Responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Le2025

signature :