# Centre de Loisir (Saint-Savin) TOUSSAINT 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.
Le ……..2026 signature :