

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNÉE 2025

**DOCUMENT CONFIDENTIEL**

**(Obligatoire : remplir une fiche par enfant).**

## ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe : Masculin  Féminin

### RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT : 1

Madame  Monsieur  Père  Mère

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Date de Naissance : .....

Téléphone : Portable : .....

Professionnel : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Courriel : .....@.....

### RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT : 2

Madame  Monsieur  Père  Mère

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Date de Naissance : .....

Téléphone : Portable : .....

Professionnel : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Courriel : .....@.....

Situation familiale : célibataire  - marié(e)  - veuf(ve)  - vie maritale  - divorcé(e)  - séparée(e)  pacsé(e)

### FRERES ET/OU SOEURS

Nom / Prénom	Date de Naissance

### N° ALLOCATAIRE CAF OU MSA :

.....

QF : .....

### N° DE SECURITE SOCIALE sur lequel l'enfant est assuré :

.....

**Vous ne souhaitez pas communiquer votre n° d'allocataire CAF ou MSA pour le calcul du quotient familial, le tarif maximum sera alors appliqué.**

### PERSONNES MAJEURES AUTRES QUE LES PARENTS AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

(ces personnes seront invitées à présenter un justificatif d'identité avec photo)

Nom / Prénom	Lien de parenté	Téléphone
		...../...../...../...../.....
		...../...../...../...../.....
		...../...../...../...../.....
		...../...../...../...../.....

**DECHARGE DE RESPONSABILITE :** Je décharge l'Association « Centre Social et Culturel d'Arpajon/Cère » de toutes responsabilités à partir de son départ.

Quittera seul(e) (**uniquement pour les collégiens**) le Centre Social et Culturel d'Arpajon-sur-Cère à (heure) :



## EN CAS D'URGENCE PREVENIR

Nom / Prénom : .....Téléphone : ...../...../...../...../.....

**NOM DU MEDECIN TRAITANT :** Dr.....

Adresse : .....Téléphone : ...../...../...../...../.....

## VACCINATION

Joindre **obligatoirement** une attestation des vaccinations à jour du médecin.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

**L'enfant suit-il un traitement médical permanent ?** Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente. Si besoin d'administrer des médicaments, merci de notifier le nom de l'enfant sur la boîte et fournir une autorisation parentale. **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

**L'enfant a-t-il des allergies ?** Oui  Non   
Asthme Oui  Non   
Médicamenteuses Oui  Non  Si oui, lesquelles .....  
Alimentaires Oui  Non  Si oui, lesquelles .....

**Autres :** .....

**Conduite à tenir en cas d'allergie :** .....

**L'enfant bénéficie-t-il d'un régime spécifique**  Oui  Non Si oui, lequel .....

**L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet Accueil Individualisé) ?** Oui  Non

Si oui, fournir une copie du PAI et du protocole à suivre. Une trousse au nom de l'enfant, avec le traitement et l'ordonnance, devra être déposée au sein de la structure d'accueil.

**L'enfant présente-t-il un handicap ou un problème de santé ?** Oui  Non

Si oui, indiquez les difficultés rencontrées

L'enfant porte-t-il des lunettes ? Oui  Non

L'enfant porte-t-il un appareil dentaire ? Oui  Non

## AUTORISATION DES PARENTS

AUTORISE mon enfant à participer à toutes les activités et jeux organisés dans le cadre du Centre de Loisirs sans Hébergement et séjours organisés par le Centre Social et Culturel d'Arpajon.

OUI -  NON

Autorise le directeur du centre à faire soigner mon enfant et faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin

OUI -  NON ( Si oui, centre de soins choisi : .....)

Autorise le Centre Social et Culturel à utiliser l'image photographique de mon enfant pour les publications de l'Association (plaquettes, rapport d'activités, expos photos, site internet, réseaux sociaux...)

OUI -  NON (En cas de refus, nous faire parvenir un courrier à l'attention de Madame la Directrice).

AUTORISE le Centre Social et Culturel à consulter et conserver mon Quotient Familial sur le site CDAP ou MSA.

OUI -  NON

Approuve le règlement de fonctionnement de l'accueil péri/extrascolaire et séjours (consultable sur le site internet).

OUI -  NON

Ecrire « **Lu et Approuvé** », dater et signer .....