



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Enfant de 11 à 17 ans



1/ L'ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : SEXE : ☐ Garçon ☐ Fille

N° TEL : EMAIL :

ETAB. SCOLAIRE : CLASSE :

N° SECURITE SOCIALE :

ADRESSE :

CP : VILLE :

2/ LES VACCINS

Vaccins rendus obligatoire par la réglementation, sauf contre indication médicale.
Si l'enfant n'as pas les vaccins OBLIGATOIRES, joindre un certificat médical de contre-indication.
ATTENTION : le vaccin ANTI-TETANIQUE ne présente aucune contre-indication.

	OUI	NON	DATE DE DERNIER RAPPEL
Diphtérie	☐	☐	
Tétanos	☐	☐	
Poliomyélite	☐	☐	

3/ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

	OUI	NON	
Allergies Alimentaires :	☐	☐	Lesquelles :
Repas Spéciaux :	☐	☐	Lesquels :
Autres Allergies :	☐	☐	Lesquelles :
Asthme :	☐	☐	
Un P.A.I a t'il été mis en place (Plan d'Accueil Individualisé)	☐	☐	<u>Si Oui , nous le fournir</u>
Votre enfant est-il en situation de handicap	☐	☐	Lesquels:
Votre enfant suit-il un traitement médical	☐	☐	<u>Si Oui joindre une ordonnance et les médicaments</u> <u>correspondants dans leur emballage d'origine (avec la</u> <u>notice) marquées au nom de l'enfant.</u>

Nom du Médecin traitant Tel

Autres recommandations médicales :

4/ AUTRES RENSEIGNEMENTS

Mon enfant sait nager ☐ Oui ☐ Non
Mon enfant a-t-il son « Pass Nautique », ou « Savoir Nager » ? ☐ Oui ☐ Non *Si Oui, nous le fournir*
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant porte t'il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, dentaires etc...ou toutes choses utiles (autre que médicales) que vous souhaiteriez partager avec nous ?

5/ RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :
QUALITE* : TEL :

NOM : PRÉNOM :
QUALITE* : TEL :

* père, mère, grands-parents, famille d'accueil ...

Je soussigné(e), , responsable légal de l'enfant, déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaire par l'état de l'enfant sous couvert d'avis médical. (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, sortie d'hospitalisation)

Fait à : Le :

Signature du responsable légal

Collecte des informations :
L'AICLA traite les données recueillies pour la gestion des dossiers des enfants inscrits aux activités de l'association.
Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez vous au règlement intérieur de l'association.