



Fiche de liaison sanitaire

Année scolaire 2024/2025

A remplir par le secrétariat :

Maternelles

Primaires

Ados

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Sexe : Féminin Masculin

Etablissement scolaire fréquenté : _____ Classe : _____

L'enfant est-il scolarisé hors de Mons en Baroeul ? Oui Non

L'enfant peut-il rentrer seul ? Oui Non

N° de Sécurité Sociale affilié à l'enfant : _____

REPRÉSENTANTS LÉGAUX

ADULTE 1

Nom : _____ Prénom : _____

Votre lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse e-mail : _____

Téléphone professionnel : _____

ADULTE 2

Nom : _____ Prénom : _____

Votre lien avec l'enfant : _____

Adresse (si différente) : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse e-mail : _____

Téléphone professionnel : _____

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

J'autorise les personnes citées ci-dessous à récupérer mon enfant et décharge l'établissement d'accueil de toute responsabilité. Elles peuvent également être contactées en cas d'urgence si je suis injoignable. Toute personne devra justifier de son identité, faute de quoi l'enfant ne pourra lui être confié.

Nom et prénom : _____ Nom et prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____ Lien avec l'enfant : _____

Téléphone : _____ Téléphone : _____

Nom et prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Téléphone : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

VOTRE ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?

Médicamenteuses : Oui Non Si oui, précisez : _____

Alimentaires : Oui Non Si oui, précisez : _____

Asthme : Oui Non Si oui, précisez : _____

Autres : Oui Non Si oui, précisez : _____

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire ? Oui Non

Si oui, précisez : _____

L'enfant fait-t-il l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé ? Oui Non

Si oui, vous devez impérativement remplir le PAI et prendre contact avec l'équipe de direction de la structure d'accueil concernée.

VOTRE ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole : Oui Non

Oreillons : Oui Non

Varicelle : Oui Non

Otite : Oui Non

Angine : Oui Non

Rougeole : Oui Non

Coqueluche : Oui Non

Scarlatine : Oui Non

Rhumatisme articulaire aigu : Oui Non

Autre : _____

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, LENTILLES DE CONTACT, DES PROTHÈSES AUDITIVES OU DENTAIRES ?

Oui Non Si oui, précisez : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

ENFANTS NÉS AVANT 2018 (3 VACCINS OBLIGATOIRES)

DTP (DIPHTÉRIE, TÉTANOS, POLIOMYÉLITE)

ENFANTS NÉS APRÈS 2018 (11 VACCINS OBLIGATOIRES)

DTP (DIPHTÉRIE, TÉTANOS, POLIOMYÉLITE), HAEMOPHILIUS INFLUENZAE, COQUELUCHE, HÉPATITE B, ROUGEOLE, OREILLONS, RUBÉOLE, MÉNINGOCOQUE C, PNEUMOCOQUE

Joindre la photocopie des vaccinations à jour

VOTRE ENFANT EST-IL EN SITUATION DE HANDICAP ?

Oui Non Si oui, précisez : _____

Si oui, bénéficiez vous de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) ?

Oui Non

VOTRE ENFANT A T-IL EU DES DIFFICULTÉS DE SANTÉ PARTICULIÈRES ?

(MALADIES, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, ETC)

Oui Non Si oui, précisez : _____

VOTRE ENFANT A T-IL UN TRAITEMENT AU LONG COURT ?

Oui Non Si oui, précisez : _____

MÉDECIN TRAITANT

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone portable : _____

AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES : _____

REPAS (POUR LES MATERNELLES ET PRIMAIRES)

Viande Sans viande



PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

- Photocopie vaccinations à jour
- Attestation de quotient familial CAF

Aucune validation d'inscription ne sera effectuée pour un dossier incomplet.

- **Souscrire à une assurance individuelle relative aux dommages corporels liés aux activités du centre est recommandé.**
- **Je comprends que tout objet personnel ou de valeur apporté par mon enfant à l'accueil de loisirs ou périscolaire reste sous sa responsabilité. En cas de perte ou de vol, la Maison de quartier Caramel ne pourra être tenue responsable.**
- **Je reconnais avoir pris connaissance des règlements de fonctionnement des centres de loisirs (disponibles sur notre site internet) et j'accepte de m'y conformer.**

Je, soussigné(e), _____
responsable légal de l'enfant _____
certifie l'exactitude des informations fournies sur cette fiche.

Fait à Mons en Baroeul, le ____ / ____ / ____

Signature :

