

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025-2026

RENSEIGNEMENTS DU MINEUR :

FILLE GARÇON

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

LE MINEUR A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rougeole Rubéole Oreillons Varicelle Coqueluche Scarlatine

ALLERGIES

ASTHME : OUI NON

MEDICAMENTEUSE : OUI NON si oui, lesquelles :

ALIMENTAIRE : OUI NON si oui, lesquelles :

AUTRES :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre mineur porte-t-il des :

Lentilles Lunettes Prothèses auditives Prothèses dentaires

Autres :

Responsable 1

Nom :

Prénom :

Tél domicile :

Tél travail :

Portable :

E-mail :

Responsable 2

Nom :

Prénom :

Tél domicile :

Tél travail :

Portable :

E-mail :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025-2026 (SUITE)

RESPONSABLE 1

Je soussigné(e),....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à respecter le règlement intérieur. J'autorise le coordonnateur à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date : Signature des détenteurs de l'autorité parentale :

RESPONSABLE 2

Je soussigné(e),....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à respecter le règlement intérieur. J'autorise le coordonnateur à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date : Signature des détenteurs de l'autorité parentale :

AUTORISATION PARENTALE

Personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à venir chercher mon enfant en cas d'indisponibilité du représentant légal (présentation d'une pièce d'identité)

Nom, prénom : Tél :

Nom, prénom : Tél :

Nom, prénom : Tél :

MÉDECIN

Nom, prénom du médecin traitant :

Tél :

EN CAS D'URGENCE

En cas d'accident, mon mineur sera dirigé par les secours vers :

Le centre hospitalier

(Si hôpital, préciser le nom)

AUTORISATIONS PARENTALES 2025-2026

Je soussigné(e).....père/mère/représentant légal, avoir pris connaissance des points ci-dessous :

- AUTORISATION DE SORTIE

Mon enfant peut participer aux sorties prévues par la structure. Je serai prévenu(e) au préalable des sorties, notamment celles nécessitant un moyen de transport.

oui

non

- AUTORISATION DE PUBLICATION

A l'occasion de sorties ou d'activités, il se peut que mon enfant soit photographié pour publication dans un journal, une brochure, une note d'information, je donne autorisation pour ces prises de photos et ces publications.

oui

non

A, le

Signature

INFOS ET CONTACTS :

CHRISTOPHE ET MAGALI : 05.53.31.19.11 /

06.08.69.99.29

TOUFIK : 06.82.84.88.15