



Fiche sanitaire de liaison

A.L.S.H.
2025

- Documents à fournir obligatoirement :**
- ✓ photocopie des vaccinations (carnet de santé) ;
 - ✓ attestation d'assurance extrascolaire et de responsabilité civile ;
 - ✓ attestation de quotient familial ;
 - ✓ autorisation de prélèvement accompagnée d'un R.I.B. en cas de règlement de la facture par prélèvement automatique.

INFORMATIONS SUR L'ENFANT :

Nom et prénom :

Date de naissance : Garçon Fille

Régime alimentaire :

Adresse :

CP : Ville :

RESPONSABLES LÉGAUX :

Responsable 1 :

Nom et prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone :

E-mail :

Employeur :

Téléphone employeur :

Responsable 2 :

Nom et prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone :

E-mail :

Employeur :

Téléphone employeur :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant :

Assurance civile souscrite auprès de :

Numéro d'assuré :

Médecin traitant :

Téléphone :

Adresse :

Conformément aux obligations du Règlement Général sur la Protection des Données, les informations personnelles que vous nous communiquez ne seront utilisées que dans le cadre de nos bilans, évaluations ou statistiques.

Merci de cocher l'une des cases ci-dessous :

J'accepte que mes données soit utilisées.

Je refuse que mes données soit utilisées.

Signature :

Numéro d'allocataire :

C.A.F. DU NORD

RÉGIME M.S.A.

Merci de fournir le certificat de quotient familial.

Adresse mail/téléphone portable :

Cochez la case si vous souhaitez recevoir par mail ou par SMS les informations et actualités relatives à nos activités.

J'autorise mon enfant à repartir seul de l'accueil périscolaire ou extrascolaire :

À 12 h : OUI NON

À 17 h : OUI NON

Personnes à contacter en cas d'urgence + numéros de téléphone :

Personnes habilitées à reprendre l'enfant :

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Cochez les cases correspondantes

- RUBÉOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME SCARLATINE ASTHME
 COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS

Indiquez ci-dessous les autres affections en précisant les dates (maladie, accident, crises convulsives, allergies, asthme, hospitalisation, opération rééducation, ...). Précisez les causes des allergies et la conduite à tenir :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? OUI NON

Si oui, lequel ? (joindre l'ordonnance si le traitement doit être pris sur le temps de l'accueil)

Je, soussigné(e)

responsable de l'enfant :

- ✓ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel de la mairie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant ;
- ✓ m'engage à informer la mairie de tous changement de coordonnées (téléphone, adresse, ...)
- ✓ autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'équipe d'animation de l'accueil ;
- ✓ certifie que mon enfant est à jour de tous les vaccins réglementaires ;
- ✓ déclare que mon enfant n'a pas de problèmes de santé incompatibles avec la vie en collectivité ;
- ✓ autorise l'équipe d'animation à photographier et/ou filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives et autorise la mairie à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches, ...)
- ✓ autorise l'équipe d'animation à transporter mon enfant dans le véhicule de l'accueil de loisirs si besoin.

En cochant cette case, je reconnais avoir lu les conditions ci-dessus et les accepter. J'atteste que toutes les informations données sont correctes.

DATE :

SIGNATURE :