



Fiche sanitaire de liaison

Accueil de loisirs de St Martin la Plaine

Année scolaire 2026 / 2027

(01/09/2026 au 31/08/2027)

FAMILLE :

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

Sexe :

Date de naissance :

Âge :



DOMICILE DE L'ENFANT :

N° de téléphone :

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° d'allocataire CAF :

Quotient familial CAF (moins de 3 mois) :

Santé et recommandations

Allergies

Date Vaccination DTP obligatoire		Alimentaire	oui	non	
Asthme	oui	non	Médicamenteuse	oui	non
Régime alimentaire particulier	oui	non	PAI (à fournir)	oui	non

Conduite à tenir / autres recommandations, commentaires :

Autorisations

J'autorise mon enfant à repartir seul :	oui	non
<u>Autorisation de prise de vue</u> : j'autorise l'équipe d'animation à photographier (ou filmer) mon enfant dans le cadre des activités de la structure :	oui	non
<u>Autorisation de diffusion</u> : j'autorise l'équipe d'animation à exploiter les images prises lors des activités et sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître sur tout support : réseaux sociaux, site internet, diaporama, presse, reportage vidéo...	oui	non
L'Enfant sait-il nager?	oui	non

RESPONSABLE (S) DE L'ENFANT :

Mère	Père	Autre :	Mère	Père	Autre :
Nom :			Nom :		
Prénom :			Prénom :		
Date de naissance :			Date de naissance :		
Adresse (si différente) :			Adresse (si différente) :		
Employeur :			Employeur :		
Participation CE :	oui	non	Participation CE :	oui	non
Adresse Email :			Adresse Email :		
Téléphone travail :			Téléphone travail :		

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT :

Nom et Prénom	Téléphone	A contacter en cas d'urgence		Autorisé à récupérer le(s) enfant(s)	
		oui	non	oui	non
		oui	non	oui	non
		oui	non	oui	non
		oui	non	oui	non
		oui	non	oui	non
		oui	non	oui	non

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise mon ou mes enfant(s) à participer à toutes les activités du centre et à voyager par tous les moyens proposés par l'équipe de direction.

J'autorise l'équipe de direction à prendre toute mesure d'urgence nécessitée par l'état de santé de mon ou mes enfant(s) selon prescription du corps médical.

Je soussigné(e), responsable de l'enfant :

- déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter
- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

Date :

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé") :