

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SAISON : 2024 / 2025

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle sera détruite en juillet 2025. Merci de nous indiquer tout changement en cours de saison.

PHOTO	<b>1 - ENFANT</b>	GARÇON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>
	NOM : _____		
	Prénom : _____		
	Date de naissance : _____		

## 2 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

### RESPONSABLE 1

NOM .....

Prénom .....

Adresse : .....

.....

**Téléphone** domicile : .....

Portable : .....

Travail : .....

**Profession** : .....

### RESPONSABLE 2

NOM .....

Prénom .....

Adresse : .....

.....

**Téléphone** domicile : .....

Portable : .....

Travail : .....

**Profession** : .....

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant

**1** - déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la MJC à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales), rendues nécessaires par l'état de l'enfant : OUI  NON

**2** - autorise la M.J.C. de Morteau à photographier ou filmer mon enfant : OUI  NON

**3** - autorise la M.J.C. de Morteau à faire transporter l'enfant, pour le besoin des activités du centre, en voiture individuelle ou par des moyens de transports collectifs (autobus, train...) : OUI  NON

**4** - autorise l'enfant à rentrer seul à la maison (après le centre de loisirs) : OUI  NON   
Eventuellement, personnes habilitées à venir chercher l'enfant :

NOM – Prénom.....Tél. ....

NOM – Prénom.....Tél. ....

**5** - autorise l'enfant à participer à toutes les activités organisées par le centre de loisirs :  
OUI  NON

Si NON, lesquelles : .....

**6** - j'atteste que mon enfant est en bonne condition physique et n'a pas de contre-indications médicales à la pratique des sports de plein air

et qu'il  sait nager  se débrouille  ne sait pas nager

### 3 - VACCINATIONS

Fournir la photocopie du carnet de santé

### 4 - NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ENFANT : .....

Joindre une attestation de droits.

### 5 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI  NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- |                                     |                                    |                                   |                                      |                                     |
|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RUBEOLE    | <input type="checkbox"/> VARICELLE | <input type="checkbox"/> ANGINES  | <input type="checkbox"/> RHUMATISMES | <input type="checkbox"/> SCARLATINE |
| <input type="checkbox"/> COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> OTITES    | <input type="checkbox"/> ROUGEOLE | <input type="checkbox"/> OREILLONS   |                                     |

**ALLERGIES :**

- |              |                              |                              |                 |                              |                              |
|--------------|------------------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| ASTHME       | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | MÉDICAMENTEUSES | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| ALIMENTAIRES | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | AUTRES.....     |                              |                              |

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....  
.....

### 6 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...  
Précisez :

.....  
.....

Votre enfant suit-il un **RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER** ? OUI  NON

Si oui, précisez (sans viande, sans porc, sans poisson...) : .....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)  
en précisant les dates et les précautions à prendre)

.....  
.....

Votre enfant est-il pris en charge par le SESSAD (ADAPEI) ? OUI  NON

à Morteau, le .....

**SIGNATURE :**