centre de rencontre, d'échange et d'animation Kingersheim



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
2026/2027

ENFANT

NOM / PRÉNOM ..... SEXE M☐ F☐

DATE DE NAISSANCE ...../...../..... ECOLE ..... CLASSE.....

Votre enfant est-il en établissement spécialisé ? ☐ OUI ☐ NON

L'enfant présente-t-il des contre-indications à la pratique de certaines activités ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles ? .....

.....

L'enfant suit-il un traitement médical ☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice marquée au nom de l'enfant) **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

REGIME ALIMENTAIRE : SANS RÉGIME ☐ SANS PORC ☐ VÉGÉTARIEN ☐

RESPONSABLE (S) DE L'ENFANT

MERE

NOM / PRÉNOM .....

ADRESSE.....

.....

CODE POSTAL .....

VILLE.....

TÉL PERSONNEL.....

TÉL PROFESSIONNEL.....

TÉL PORTABLE.....

ADRESSE MAIL.....

N° DE SECURITÉ SOCIALE

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

RELÈVE DU RÉGIME DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

☐ LOCAL ☐ GENERAL

N°ALLOCATAIRE CAF .....

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT

.....

PERE

NOM / PRÉNOM .....

ADRESSE.....

.....

CODE POSTAL .....

VILLE.....

TÉL PERSONNEL.....

TÉL PROFESSIONNEL.....

TÉL PORTABLE.....

ADRESSE MAIL.....

N° DE SECURITÉ SOCIALE

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

RELÈVE DU RÉGIME DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

☐ LOCAL ☐ GENERAL

N°ALLOCATAIRE CAF .....

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT

.....

Nom de l'assurance responsabilité civile : .....
N° du contrat : .....

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence et autorisées à chercher l'enfant

Nom……Lien……Tél……
Nom……Lien……Tél……
Nom……Lien……Tél……

VACCINATIONS joindre obligatoirement une copie des vaccins.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE ☐ OUI ☐ NON	**VARICELLE** ☐ OUI ☐ NON	**ANGINE** ☐ OUI ☐ NON	**RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU** ☐ OUI ☐ NON	**SCARLATINE** ☐ OUI ☐ NON
COQUELUCHE ☐ OUI ☐ NON	**OTITE** ☐ OUI ☐ NON	**ROUGEOLE** ☐ OUI ☐ NON	**OREILLONS** ☐ OUI ☐ NON	

L'ENFANT PRESENTE-T-IL DES ALLERGIES ?

ASTHME ☐ OUI ☐ NON	**ALIMENTAIRE** ☐ OUI ☐ NON	**MEDICAMENTEUSE** ☐ OUI ☐ NON

PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE SITUATIONS ALLERGIQUES (si automédication, le signaler)

……

L'ENFANT PRESENTE-T-IL DES PROBLEMES DE SANTE ? (Maladie, accidents, crises compulsives, hospitalisation, opération, rééducation.)

☐ OUI ☐ NON Si oui, lesquels ?

……

L'enfant a-t-il un **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) à l'école ? ☐ OUI ☐ NON

Votre enfant porte-t-il des : ☐ LENTILLES ☐ LUNETTES ☐ PROTHÈSES AUDITIVES ☐ PROTHÈSES OU APPAREIL DENTAIRE

Je soussigné (e) : ……

Responsable de l'enfant ……

• Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

• Autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur

• M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuelles

• Autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre

• Autorise mon enfant à être transporter en véhicule de service et car de location ☐ OUI ☐ NON

• Autorise mon enfant à rentrer seul ☐ OUI ☐ NON

• Autorise la prise de photo et accepte que les photos de mon enfant soient éventuellement diffusées dans les tracts de communication du créa et sur notre blog http://leblogdes enfants.wordpresse.com ☐ OUI ☐ NON

• Afin d'être en conformité avec le règlement Général sur la Protection des Données, j'autorise le Créa à saisir mes informations personnelles et les informations médicales de mon enfant (qui sont confidentielles) ☐ OUI ☐ NON

• Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et accepte les modalités de fonctionnement y figurant ☐ OUI ☐ NON

Date: Signature: