CSC La Passerelle
14, avenue Appenweier – 37270 Montlouis-sur-Loire
06 70 55 57 43 – accueil@csc-lapasserelle.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
2025-2026

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).**pas de photocopie**

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ❑ non ❑ MEDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑
ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ AUTRES ……

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui ❑ non ❑ (joindre le protocole et toutes informations utiles)
……

INDIQUEZ CI-APRÈS :
LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.
……
……

3 – **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui ❑ non ❑

DES LUNETTES : oui ❑ non ❑ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui ❑ non ❑ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui ❑ non ❑ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ
……

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives, et de baignades surveillées : oui ❑ non ❑

J'autorise mon enfant à quitter seul(e) la MLC oui ❑ non ❑ à partir de …… heures

Noms, prénoms et numéros de téléphone des personnes autorisées (ou interdites) à venir chercher votre enfant :
-
-
-

Autorisation de transport en **véhicule personnel** des animateurs (assuré par le CSC + assurance personnelle) et **car de location** : oui ❑ non ❑

J'autorise le CSC La Passerelle à diffuser les photos de mon enfant prises durant les activités :

- ❑ Sur le site du CSC La Passerelle (si non, pas de possibilité de participer aux représentations de fin d'année)
- ❑ Pour la Nouvelle République et le Viva'cité (idem précédemment)
- ❑ Sur les réseaux sociaux du CSC La Passerelle
- ❑ Sur tous les supports de communication propres au CSC La Passerelle

- ❑ J'autorise le CSC La Passerelle à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources (revenus, quotient, nombre d'enfants à charge)

- ❑ Loi RGPD : consentement pour les données personnelles et médicales

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM …… PRÉNOM ……

ADRESSE……

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : …… BUREAU : ……

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT *(FACULTATIF)*……

Je soussignée, ……responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence <u>seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.</u>

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de fonctionnement et m'engage à en respecter les termes.

Date : Signature :