

# **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

## **1) L'ENFANT :**

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE :

**DATES ET LIEU DU SEJOUR :**-----  
-----

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant le séjour de l'enfant.

## **2) VACCINATIONS**

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>DATES DES DERNIERS RAPPELS</b>
<i>Diphtérie</i>			
<i>Tétanos</i>			
<i>Poliomyélite</i>			
<i>Ou DT polio</i>			
<i>OU Tétracoq</i>			
<i>BCG</i>			

<b>VACCINS RECOMMANDES</b>	<b>DATES</b>
<i>Hépatite B</i>	
<i>Rubéole-Oreillons-Rougeole</i>	
<i>Coqueluche</i>	
<i>Autres (préciser)</i>	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de CONTRE-INDICATION

**ATTENTION :** Le vaccin ANTI-TETANIQUE ne présente aucune contre-indication



**INDIQUER CI-APRES :**

Les difficultés de santé (Maladie, Accident, Crises Convulsives, Hospitalisation, opération, Rééducation...) en précisant les dates et les précaution à prendre.

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**4) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

Préciser : -----  
-----  
-----  
-----

**5) RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : -----

PRENOM : -----

ADRESSE (pendant le séjour) : -----  
-----

TEL FIXE (et portable) du domicile : -----  
du bureau : -----

NOM ET NUMERO DE TEL DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) : -----  
-----

Je soussigné -----  
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

DATE : -----SIGNATURE-----



**PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECUPERER L'ENFANT AU**  
**CENTRE DE LOISIRS :**

NOM :-----

PRENOM :-----

QUALITE :-----

NUMERO DE TEL :-----

NOM :-----

PRENOM :-----

QUALITE :-----

NUMERO DE TEL :-----

NOM :-----

PRENOM :-----

QUALITE :-----

NUMERO DE TEL :-----

NOM :-----

PRENOM :-----

QUALITE :-----

NUMERO DE TEL :-----

**CENTRES DE LOISIRS**  
**CIATE CREUSE THAURION GARTEMPE**  
**16 Place Jacques Lagrange 23150 Ahun**  
**Ciate : 05 55 62 56 70**

TELEPHONE BUREAU : 05 55 81 78 37  
Portable : 06 89 73 94 36

**AUTORISATION PARENTALE POUR LA BAIGNADE, LES**  
**ACTIVITES EXTERIEURES (sportives, culturelles...) ORGANISEES**  
**PAR LE CENTRE DE LOISIRS AINSI QUE LE DROIT D'UTILISER**  
**LES PHOTOS DE VOTRE ENFANT**  
(Programmes ou diffusion d'informations du Centre de Loisirs).

Nous, soussignés.....Père, Mère, Tuteur.  
Responsables de(s) l'enfant(s).....

Autorisons nos (notre) enfant(s) à pratiquer toutes les activités proposées par le Centre de Loisirs CIATE ainsi que l'utilisation de son image.

Fait à ..... le.....

**Signatures**

**AUTORISATION MEDICALE**

Docteur.....  
autorise l'enfant.....  
à pratiquer les activités suivantes : activités nautiques, tennis, équitation, sports mécaniques  
ainsi que diverses activités sportives proposées par le Centre de loisirs.

Fait à ..... le.....

**Cachet et signature du médecin**