

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 6-10 ANS

ANNEE 2026-2027

## ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

CLASSE Elémentaire  Niveau :

NUMERO ALLOCATAIRE CAF :

## RESPONSABLES LEGAUX

|                     |   |               |
|---------------------|---|---------------|
| Situation familiale | (Marié, concubinage, célibataire, autres.)<br>..... |               |
|                     | Responsable 1                                       | Responsable 2 |
| Nom /Prénom         |   |               |
| Adresse             |   |               |
| Téléphone fixe      |   |               |
| Téléphone portable  |   |               |
| Mail en MAJUSCULES  |   |               |

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

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

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

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| Rubéole                      | Varicelle                    | Angine                       | Scarlatine                   | Coqueluche                   | Rougeole                     | Otite                        | Oreillons                    |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Oui <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| non <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ ÉVENTUELLES (allergies.) :

.....

.....

### ATTENTION : PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

Un projet d'accueil individualisé (PAI) est mis en place pour l'enfant atteint de maladie chronique (asthme par exemple), d'allergie et d'intolérance alimentaire. Il doit lui permettre de suivre une scolarité normale ou d'être accueilli en collectivité.

Le PAI est un document écrit, élaboré à la demande de la famille par le médecin qui soigne l'enfant. Il ne dégage pas les parents de leurs responsabilités.

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

Précisez toutes informations que vous jugerez utiles pour le bon accueil de votre enfant (peur.) :

.....

.....

.....

.....

.....

### AUTORISATION DE PHOTOS

Dans le cadre des activités au sein de l'ALSH, les animateurs.trices peuvent être amenés.es à prendre des photos.

Si nous voulons les afficher ou les insérer dans des publications en lien avec nos activités (site internet et page Facebook de la MJC, affichage dans les locaux pour des expositions, etc.), il nous faut votre accord.

J'autorise l'équipe à utiliser les photos de mon enfant, seul ou en groupe, pour des affichages et des publications :

papier interne  internet interne (groupe whatsapp)

papier externe  internet externe

## DECHARGE

Pour que des personnes autres que vous (nourrice, grands-parents, voisins, famille...) puissent récupérer votre enfant, cette décharge est OBLIGATOIRE.

Je soussigné(e).....responsable

légal(e)de ....., autorise :

1. Nom / prénom.....  
Qualité .....  
Téléphone : .....
  
2. Nom / prénom.....  
Qualité .....  
Téléphone : .....
  
3. Nom / prénom.....  
Qualité .....  
Téléphone : .....
  
4. Nom / prénom.....  
Qualité .....  
Téléphone : .....

A Lyon, le ...../...../..... Signature

## INFORMATIONS REGLEMENTS (RESERVES POUR LA MJC)

L'adhésion à la MJC est de 5 euros par enfant pour l'année scolaire (juillet 2025 à juin 2026).

QUOTIENT FAMILIALE CAF :

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :



