

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Garçon  Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'Accueil Collectif de Mineurs pour lequel votre enfant est inscrit. **Elle est confidentielle et sera détruite** à la fin de la période concernée à savoir : un an de validité.

## VACCINATIONS (se référer au carnet de ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

| VACCINS OBLIGATOIRES | Oui | Non | Dates des derniers rappels | VACCINS RECOMMANDÉS        | Dates |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérite          |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole Oreillons Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| Ou DT Polio          |     |     |                            | BCG                        |       |
| Ou Tétracocq         |     |     |                            | Autres                     |       |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'ACM ? oui                      non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice**). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. Quelle(s) maladie(s) a-t-il eue(s) cochez ?

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| RUBEOLE<br><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON    | VARICELLE<br><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | ANGINE<br><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON   | RHUMATISME ARTICULAIRE<br><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | SCARLATINE<br><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON |
| COQUELUCHE<br><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | OTITE<br><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON     | ROUGEOLE<br><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON | OREILLONS<br><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON              | AUTRES<br><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON     |

ASTHME     OUI  NON

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES  OUI  NON

ALIMENTAIRES  OUI  NON

AUTRES : \_\_\_\_\_

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

(si automédication, le signaler)

---

---

---

**DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

---

## **RECOMMANDATION UTILE DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, un traumatisme ?

Précisez :

---

---

L'enfant mouille-t-il son lit ? **OUI**  **NON**

L'enfant fait-il la sieste ? **OUI**  **NON**

## **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_

N° de SECURITE SOCIALE : \_\_\_\_\_

## **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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.

J'autorise également, si nécessaire, le directeur de l'ACM à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date : \_\_\_\_\_, Signature  
:

Vos données sont collectées dans le cadre **de la gestion des ALSH** gérée par le service Jeunesse et sports de la ville de Saint Dié des Vosges. Elles sont destinées aux services habilités de la ville et de l'agglo de Saint Dié. Elles sont conservées 1 an. La base légale est La mission d'intérêt public. Conformément à la loi « informatique et libertés de 1978 modifiée [et au Règlement Européen \(RGPD 2016/679\)](#), vous pouvez exercer vos droits sur vos données personnelles en contactant le délégué à la protection des données : [dpo@ca-saintdie.fr](mailto:dpo@ca-saintdie.fr) Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

VILLE DE SAINT-DIE-DES-VOSGES – SERVICE JEUNESSE – ALSH 2026