FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document non confidentiel

Année 2025 /2026

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT			
Nom		Prénom	
Date de naissance		Age	
Ecole		Classe	
Le(s) cours suivi(s) cette année :discipline, jours et horaires			

☐ L'enfant, âgé de plus de 6 ans, est autorisé à quitter seul le cours.

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE		
Nom-s et prénom-s du/des responsable-s et lien avec l'enfant		
Catégorie professionelle	☐ Agriculteurs exploitants ☐Artisans commerçants et chefs d'entreprise ☐ Cadres et professions intellectuelles supérieures ☐ Professions intermédiaires ☐ Employés ☐ Ouvriers ☐ Personnes en recherche d'emploi ☐ Retraités Personnes sans activité professionnelle	
Adresse		
Adresse mail		
Tél. en cas d'urgence (dans le créneau horaire du cours)	Nom :	Tel :
	Nom :	Tel :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES		
Date dernier rappel	DT Polio	

RECOMMANDATIONS	
Problème de santé nécessitant des mesures particulières : allergies, traitement en cours, traitement d'urgence. Autres informations jugées importantes à transmettre : décision judiciaire limitant les contacts avec un membre de la famille…	

En cas d'urgence, le-la responsable de l'activité présent-e appelle le SAMU. Il-elle s'efforce de prévenir la famille ou autre personne citée par les moyens les plus rapides. Si décidé par le 15, orientation et transport par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.
Merci de transmettre à l'association Elan C' tous changements de coordonnées en cours d'année.

☐ J'autorise, ☐ Je n'autorise pas les responsables de l'association ELAN C' à la prise et la diffusion d'une ou plusieurs photographie(s) ou films(s) représentant mon enfant à l'occasion des activités de l'association
☐ Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter
Je déclare sur l'honneur, avoir répondu à l'auto-questionnaire de l'UFOLEP avec mon enfant et avoir coché :
☐ « NON » à toutes les questions,
☐ « OUI » à une ou plusieurs questions et je fournis un certificat médical.

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

Fait à, _____ Date _____

Signature

Joindre à ce document : Une attestation d'assurance