



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

☐ oui ☐ non

MEDICAMENTEUSES

☐ oui ☐ non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

☐ oui ☐ non

Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :



Association Sport – Activités Jeunesse
Rue de la Tête Noire
42470 St Symphorien de Lay
☎ 04 26 24 10 11 contact@asaj.fr

ANNEE 2026-2027

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (nom et prénom) :

Responsable de l'enfant (nom et prénom) :
de l'enfant (nom et prénom) :
de l'enfant (nom et prénom) :

Profession des parents : Mère :
Père :

Adresse mail :

☐ Déclare, après avoir pris connaissance des conditions d'organisation des sorties ou des stages ASAJ et autorise mon enfant à participer et à utiliser un car (transporteur) ou les véhicules de l'association (minibus, car et automobiles) comme mode de transport.

☐ Autorise le droit d'image de mon ou mes enfant(s).

☐ Autorise également les accompagnateurs, à prendre toutes décisions de soins, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale en cas de nécessité constatée par un médecin.

☐ Autorise également l'Association Sport Activités Jeunesse à consulter le fichier CAF pour prendre connaissance du quotient familial. (Sachant que les revenus sont inaccessibles).

Votre N° allocataire :

☐ Percevez-vous l'AEEH : **NON** ou **OUI** (rayer la mention inutile)

Si oui pour lequel de votre enfant : Cette donnée restera confidentielle. **Merci de nous transmettre également le justificatif fourni par la MDPH.**

☐ Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Association Sport Activités Jeunesse

☐ Autorise les personnes désignées ci-après de prendre en charge mon (mes) enfant(s) en fin d'activités

Nom	Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Adresse	Téléphone

☐ Autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités (horaires de fin de journée indiqués sur le planning des ramassages remis en amont aux familles)

☐ Exonère le gestionnaire de la structure de toute responsabilité sur cet (ces) enfant(s) en dehors des horaires de prise en charge (Horaires spécifiés sur le planning des ramassages)

☐ S'engage à respecter les horaires spécifiés sur le planning des ramassages

☐ Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement destiné à : un usage interne uniquement, pour l'accueil de votre enfant à l'accueil de loisirs. Les destinataires des ces données sont : les salariés de l'ASAJ et de le service jeunesse de la COPLER. Ces informations sont conservées pendant toute la durée de sa fréquentation de la structure et seront anonymisées trois ans au plus tard après votre dernière inscription. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement. Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à l'ASAJ par courrier. Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Le
A

Signature du responsable
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)