

**Fiche sanitaire de liaison**  
2021-2022

**ENFANT**

Nom-prénom : .....  
Date de naissance : .....  
N° sécurité sociale : .....  
N° de portable : .....  
Mail : .....

**MÈRE**

Nom-prénom : .....  
Adresse : .....  
Tél. domicile : ..... Portable : .....  
Tél. travail : .....  
Mail : .....

**PÈRE**

Nom-prénom : .....  
Adresse : .....  
Tél. domicile : ..... Portable : .....  
Tél. travail : .....  
Mail : .....

**Autres personnes à prévenir en cas d'urgence (nom-prénom et tél.) :**

.....  
.....  
.....

Recommandations utiles liées à l'enfant :

.....  
.....  
.....  
.....

**Vaccinations :**

*Joindre obligatoirement la copie de la page des vaccins du carnet de santé ou un certificat médical attestant les vaccinations. Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.*

**Allergies :**                      OUI                      NON

Si oui, lesquelles ?

.....  
.....

**Traitement médical :**

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ?      OUI /      NON

*Si oui, joindre une ordonnance récente précisant la posologie et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice et marquées au nom de l'enfant) et une autorisation parentale. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

**Médecin traitant** (nom et coordonnées) :

.....  
.....  
.....

## COCHER LES CASES NÉCESSAIRES

une case non cochée signifie vous n'autorisez pas

### Autorisation d'hospitalisation

J'autorise le personnel du SIPA à faire hospitaliser mon enfant en cas de nécessité absolue et à lui faire donner tous les soins urgents que peut réclamer son état.

### Autorisation de conservation des données

J'autorise le SIPA à détenir les données personnelles de santé, nécessaires et obligatoires (photocopies des vaccins, téléphone, etc...) durant la période de l'adhésion.

### Autorisation de contact

J'autorise l'équipe d'animation, à contacter mon enfant (par téléphone ou mail) pour toutes informations en lien avec le Service Jeunesse.

### Autorisation de photo

J'autorise le personnel du SIPA à prendre mon enfant en photo dans le cadre des activités pour l'exposer dans le cadre du SIPA et sur son site internet.

### Autorisation à l'envoi d'informations par courriel

J'autorise le SIPA à m'envoyer par courriel, les informations liées à ses activités et garde un droit de rectification et d'oubli en le communiquant au SIPA.

### Autorisation de sortie

J'autorise mon enfant à sortir en dehors des locaux avec le personnel du SIPA pour les activités.

### Autorisation de départ

J'autorise  
 Je n'autorise pas ] Mon enfant à quitter l'Espace Jeunes seul

## Personnes autorisées à venir chercher mon enfant :

Nom-prénom : .....

Relations : ..... Tél. : .....

Nom-prénom : .....

Relations : ..... Tél. : .....

Nom-prénom : .....

Relations : ..... Tél. : .....

Date : .....

M. / Mme .....

Signature :