

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**ACTIVITÉ (à remplir) ..... / ANNÉE 2026-2027**

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	L'ENFANT
NOM : _____	PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
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

**2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'activité    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 pris sans ordonnance.**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :**    ASTHME                            oui  non                             MÉDICAMENTEUSES                            oui  non   
                          ALIMENTAIRES                            oui  non

AUTRES .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :** (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....

.....

### 3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....

### 4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

Email : .....

TÉL. FIXE DOMICILE : ..... TÉL. FIXE BUREAU : .....

PORTABLE : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussignée, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date : ..... Signature : .....

### 5 – INFORMATION ASSURANCE

L'association OSCAR ne dispose que d'une assurance « Responsabilité Civile : dommages causés à autrui », dans le cas où sa responsabilité est engagée. Toutefois, la responsabilité individuelle des adhérents ou de leurs parents (lorsque ceux-ci sont mineurs) ne peut être dérogée s'ils causent un dommage à autrui ou se blessent seuls.

Exemple :

- Un enfant tombe dans l'escalier et se blesse : la responsabilité de l'OSCAR n'est pas engagée.
- Par contre, l'animateur pousse volontairement ou involontairement l'enfant dans l'escalier : la responsabilité de l'OSCAR est engagée.

Aussi, nous vous conseillons vivement de souscrire une assurance « Individuelle Accident », surtout si vous ne possédez pas de mutuelle et de sécurité sociale.

Par ailleurs, notre contrat d'assurance en responsabilité civile est à votre disposition pour de plus amples informations.

Pris connaissance le : ..... Signature : .....

### 6 – DROIT A L'IMAGE

J'autorise également l'association O.S.C.A.R. à utiliser les différents supports médiatiques (photos, vidéos ...) réalisés lors de l'activité et à les diffuser sur nos différents supports de communication (plaquette, site, internet ...).

En cas de refus, merci de cocher cette case

### 7 – LOI RGPD

J'autorise l'OSCAR, dans le cadre de la loi RGPD, à saisir et conserver dans sa base de données AIGA mes données personnelles et celles de mon enfant (administratives et médicales). L'OSCAR s'engage à ne pas diffuser ces données personnelles à des fins commerciales.

En cas de refus, merci de cocher cette case.

J'accepte de recevoir des SMS oui  non  ou emails oui  non  sur les activités organisées par l'OSCAR.