

Secteur Jeunesse

ACTIVITÉS et SEJOUR - ANNEE 2026/2027

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON ☐ FILLE ☐

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				R.O.R.	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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 au centre de loisirs ou 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 pris sans ordonnance.**

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

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
 ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES

PRECISEZ 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)

.....

EN CAS DE REGIME ALIMENTAIRE, PRECISEZ : SANS VIANDE ☐ SANS PORC ☐

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 ou APPAREIL DENTAIRE : oui ☐ non ☐

DES PROTHÈSES AUDITIVES : 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.