

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026

ALSH
CLAIRMARAI



Président du CCAS : Mr Damien MOREL

2 route d'Arques - 62500 Clairmarais

TÉL : 03.21.38.08.61 – 07.69.44.98.33

N°d'agrément:0620698CL000124

@ : action.sociale.jeunesse@gmail.com



Les documents (et médicaments sous ordonnance) seront restitués aux familles à l'issue du dernier accueil de loisirs de l'année 2026.

1. IDENTITÉ DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :

GROUPE SANGUIN : GARÇON FILLE

2. VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Tout enfant accueilli en ALSH doit répondre aux obligations vaccinales. Seul le vaccin contre **la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite** est obligatoire.

| VACCINS OBLIGATOIRES | | | |
|--------------------------------|-----|-----|----------------------------|
| | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS |
| Diphthérite | | | |
| Tétanos | | | |
| Poliomyélite | | | |
| Ou DT Polio | | | |
| VACCINS RECOMMANDÉS | | | |
| BCG | | | |
| Hépatite B | | | |
| Rubéole - Oreillons - Rougeole | | | |
| Coqueluche | | | |
| Autres (préciser) | | | |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre **une ordonnance** récente et **les médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré à votre enfant sans ordonnance.

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

| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ | 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS 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 à tenir (**si automédication, le signaler**)

.....

 Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

.....

5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL FIXE : PORTABLE :

NOM & TÉL DU MÉDECIN TRAITANT :

Jesoussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. DATE : SIGNATURE :

!\\ RGPD - A titre informatif, les données récoltées seront uniquement utilisées par le service action sociale et seront conservées jusqu'au 31/12/2026.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez des droits d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de vos données, ou encore de limitation de leurs traitements. Vous pouvez également vous opposer au traitement des données vous concernant en raison d'un motif légitime. Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL si vous le jugez utile. Pour exercer vos droits, contactez-nous auparavant en nous adressant un courrier postal (Mairie de Clairmarais – 2 route d'Arques – 62500 CLAIRMARAI) ou via la plateforme dédiée en ligne (<https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/clairmarais>).