



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

2026/2027

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

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

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-RESPONSABLES DU MINEUR

Organisme de prestation familiale (CAF,MSA...) : Quotient Familial :

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE : MAIL :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE : MAIL :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (Si les parents sont injoignables)

NOM ET PRENOM: TELEPHONE:

NOM ET PRENOM: TELEPHONE:

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

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

Suit-il un régime alimentaire particulier ? ☐ Oui ☐ Non Précisez

Suit-il un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non Précisez

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

.....
.....

6-AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant/adolescent à participer aux activités physiques et sportives ☐ oui ☐ non

J'autorise mon enfant/adolescent à participer aux baignades surveillées ☐ oui ☐ non

L'enfant a le certificat d'aisance aquatique ? (Si oui, joindre le certificat) ☐ oui ☐ non

Autorisation de transport dans le véhicule de l'association (9 places),
ou véhicules des salariés, ou car de location. ☐ oui ☐ non

J'autorise mon enfant/adolescent à participer à toutes les activités extérieures
aux locaux de la MJC de Monistrol/Loire et inscrites au programme, dans le
cadre de l'ALSH (sorties, ballades...) ☐ oui ☐ non

L'enfant peut-il repartir seul chez lui ? ☐ oui ☐ non

Si non, avec qui peut-il repartir ?

Personne avec qui l'enfant ne peut absolument pas repartir ?

J'autorise la MJC à prendre des photos/enregistrements vidéos de
mon enfant/adolescent. ☐ oui ☐ non

J'autorise la MJC à diffuser les photos/vidéos de mon enfant/adolescent
sur les supports de communications à des fins promotionnelles ☐ oui ☐ non

(Facebook, Instagram, Snapchat, Newsletter, Site, Presse, Forum...)

Conformément à la loi RGPD :

Je consens à la saisie informatique de mes données personnelles sur le logiciel NOE de la structure (concernant la gestion des adhérents) et de mes données de santé (activités sportives et kaz'ados 11/17 ans).

Conformément à la loi « Informatique et Liberté » :

Je dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression des données à caractère personnel me concernant, que je peux exercer en adressant un courrier écrit à Monsieur Le Directeur MJC du Monteil - 25 rue du stade - 43120 MONISTROL/LOIRE.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. Je et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.

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 :