



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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

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

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant 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.

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 À TENIR (si automédication le signaler)**

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**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...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

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

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**OBSERVATIONS**



## Attestation d'autorisation d'utilisation de l'image d'un enfant mineur

Je soussigné(e) : .....

Responsable légal de l'enfant : .....

Date de naissance de l'enfant : .....

Demeurant : .....

Établissement fréquenté : .....

Autorise **la Ville de Petit-Caux** à utiliser et diffuser les images réalisées par le **service Communication de la Ville de Petit-Caux** et représentant mon enfant dans le cadre **des actions portées par le Pôle Éducation, Sports et Loisirs 2025-2026**.

N'autorise pas l'exploitation commerciale. Toute autre exploitation que celle indiquée dans la présente donnera lieu à nouvelle autorisation.

N'autorise pas **la Ville de Petit-Caux** à céder les clichés représentant notre enfant à un tiers. Ces dispositions sont portées à connaissance, dans le cadre de l'application de la législation relative au respect du droit à l'image et au respect de la vie privée.

La présente autorisation comprend la reproduction, la publication et la diffusion des images ainsi qu'à exploiter ces images, en partie ou en totalité, sur les supports suivants :

- Magazine Municipal « Petit-Caux LE MAG »
- Site web : [www.mairie-petit-caux.fr](http://www.mairie-petit-caux.fr)
- Page Facebook intitulée « Ville de Petit-Caux »
- Sur la chaîne Youtube « Ville de Petit-Caux »
- Page Instagram intitulée « Ville de Petit-Caux ».

afin de **présenter et promouvoir les actions portées par le Pôle Éducation, Sports et Loisirs**. La présente autorisation est consentie à titre gratuit pour une durée d'un an.

N'autorise pas **la Ville de Petit-Caux** à utiliser et diffuser les images réalisées par le **service Communication de la Ville de Petit-Caux** et représentant mon enfant dans le cadre **des actions portées par le Pôle Éducation, Sports et Loisirs 2025/2026**.

Fait à....., le.....

Signature :

Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé et non informatisé par Monsieur le Maire de la Ville de Petit-Caux sis 3 rue du Val des Comtes 76370 Petit-Caux pour le Pôle Éducation, Sports et Loisirs et l'obtention des autorisations afférentes. Le responsable de traitement a désigné Raphaël FACCON en qualité de déléguée à la protection des données. Le traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public à laquelle la mairie est soumise. Les données collectées seront communiquées au seul destinataire suivant : la Ville de Petit-Caux. Les données sont conservées pendant 1 an. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier ou exercer votre droit d'opposition au traitement. Vous bénéficiez également d'un droit à la limitation du traitement. Les droits à la portabilité et à l'effacement ne s'appliquent pas à l'exécution d'une mission d'intérêt public. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre déléguée à la protection des données ou le service chargé de l'exercice de ces droits à l'adresse : [raphael.faccon@cdg76.fr](mailto:raphael.faccon@cdg76.fr). Si vous estimez que vos droits « Informatique et libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.