

## STAGES MULTISPORTS

Eté 2026 : Semaine du ..... Au ..... 2026

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Ce document permet de recueillir des éléments administratifs et certains éléments de la santé de l'enfant. Vous devez remettre cette fiche à l'organisateur de l'accueil de l'enfant.

Nom, prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Sexe : F / G

**Représentant légal 1** : Père, Mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Représentant légal 2** : Père, Mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

#### Personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence

Nom, prénom : .....

Adresse : Domicile..... Travail .....

Téléphone : .....

Les responsables légaux autorisent ces personnes à venir chercher l'enfant dans la structure.

Assurance responsabilité civile : (si possible joindre attestation ou justificatif)

#### Renseignements sanitaires Vaccinations : (obligatoire)

**Fournir la photocopie du carnet de vaccination** en vérifiant que le nom de l'enfant est clairement mentionné. A défaut, remplir le document ci-joint où fournir une attestation de vaccination d'un médecin.

Indiquez ci-dessous les éléments médicaux qui peuvent avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil. Maladies ou allergies sévères connues : (exemple : diabète, asthme, allergies alimentaires ...)

.....  
.....

**Renseignements médicaux concernant l'enfant :**

L'enfant suit un traitement médical pendant le stage ?    oui        non   

Si **oui** joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boite de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice. (Aucun médicament ne pourra être pris

**Recommandations utiles des parents :**

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

.....  
.....

**Traitement médicamenteux :** (susceptibles d'avoir des répercussions sur le temps de l'accueil) si le traitement doit être pris sur le temps de l'accueil contactez le responsable. Cela doit rester exceptionnel, et la copie de l'ordonnance en cours de validité et obligatoire.

.....  
.....

**Allergies médicamenteuses connues :** Si vous avez signalé des difficultés de santé et dans l'intérêt de l'enfant.

.....  
.....

Contactez le responsable de la structure d'accueil

**Attestation**

**Je déclare sur l'honneur que mon enfant :**

- J'autorise l'utilisation, l'exploitation, la diffusion et la reproduction des prises de vues et photos faites par l'ASPTT La Rochelle.
- J'autorise le responsable de la structure à prendre les mesures nécessaires pour l'appel des secours.

Je soussigné M....., 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) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

**Signature du responsable légal 1**

**Signature du responsable légal 2**

A l'attention des responsables légaux :

Coordonnées de l'organisateur : Jean-Luc Bullet Email : [jlbullet@asptt.com](mailto:jlbullet@asptt.com)> tél : 06 75 42 45 88

-