

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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 AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	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 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.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Si votre enfant a déjà participé à un projet du CMJ ou à l'accueil de loisirs, vous n'êtes pas obligés de remplir cette fiche sanitaire sauf si des changements sont à signaler.

Nom	Prénom	Date de naissance	Classe fréquentée

**INSCRIPTION A RENDRE
EN MAIRIE DE LUMBRES**
Avant le 20 septembre (dernier délai) (une feuille par enfant)

Samedi 11 octobre 2025
départ 9 h 15 et retour 17 h 30
à la maison des associations. Attention places limitées

Piscine ou Patinoire « Héricéa » l'après-midi
Prévoir un équipement adapté (pour la piscine pas de short de bain)

Pique nique à prévoir le midi

Laser Game le matin

Une journée ludique à Boulogne

Réservée aux Jeunes LUMBROIS CM2/Collège

En partenariat avec la ville

**Le Conseil Municipal des Jeunes
ORGANISE UNE SORTIE GRATUITE**



Renseignements

Responsable légal 1	Nom : Prénom :
Responsable légal 2	Nom : Prénom :
Adresse de l'enfant Tél. maison : __/__/__/__/__
Adresse mail@.....
Personnes à prévenir en cas d'urgence	1) Nom : Tél : __/__/__/__/__
	2) Nom : Tél : __/__/__/__/__
	3) Nom : Tél : __/__/__/__/__

Activité au choix l'après-midi *

Piscine

Patinoire

◇ Autorisation de rentrer seul : *oui non

◇ Autorisation d'être photographié : oui non

◇ Autorisation d'être filmé : oui non

◇ Autorisation d'utiliser ces films ou photos :

sur le site de la commune

sur la page Facebook

sur tout support d'information

relatif à la promotion de la manifestation (y compris la presse).

Ces prises de vue ne pourront être ni vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus.

*Cocher la case correspondante

Règlement « Animation : Sortie Ludique à « Boulogne »

- **Décharge l'organisateur « La municipalité de LUMBRES »** de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue, pendant l'animation et après le départ du jeune.
- Age du participant : **SCOLARISE : C.M.2 / collègue**
- Autorise, en cas d'urgence, la personne référente à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de mon enfant.
- M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par l'organisateur en raison des soins engagés.
- Certifie que mon enfant ne présente aucun symptôme de maladie contagieuse, qu'il n'est pas atteint d'affection cutanée transmissible, qu'il n'est pas porteur de parasites.
- Le port des bijoux ou d'objets de valeur se fait sous la responsabilité des parents. L'organisateur décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.
- Certifie exact les renseignements portés sur la présente fiche.
Ayant pris connaissance du fonctionnement, du règlement intérieur de l'animation « Sortie Ludique à Calais»,

Je soussigné(e).....

responsable légal de l'enfant :

Fait à

Le

Lu et Approuvé,

Signature du Responsable

Cette fiche d'inscription doit être complétée (pages 1, 2, 3, 4)