



Fiche Sanitaire de Liaison

2026/2027



Merci de joindre à ce dossier : la photocopie de l'assurance extra-scolaire 2026-2027 et un justificatif de domiciliation (-3mois). N'oubliez pas de renseigner la partie "vaccination" de ce dossier en page 2.

NOM DE L'ENFANT : Prénom :

Date de naissance : N° CAF :

Sexe : Fille ☒ Garçon ☐ Age :

Adresse de l'enfant :

Ville : Code postal :

Responsable légal 1

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre, précisez :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale :

Adresse :

Tél. :

E-mail :

Nom de l'employeur :

Tél. employeur :

Responsable légal 2

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre, précisez :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale :

Adresse :

Tél. :

E-mail :

Nom de l'employeur :

Tél. employeur :

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant dans les différents temps communaux et à prévenir en cas d'urgence (si le responsable légal n'est pas joignable) :

M. Mme	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>	M. Mme	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
M. Mme	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>	M. Mme	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
M. Mme	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>	M. Mme	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>

ECOLE fréquentée par l'enfant : Classe :

Calcul du quotient familial pour l'Accueil de loisirs (accueil périscolaire matin et soir, mercredis et vacances scolaires) :
sans votre avis d'imposition, le tarif Champenois le plus haut vous sera appliqué.

Renseignements MEDICAUX concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour : ☐ oui ☐ non

Si oui : joindre l'**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 donné sans ordonnance.**

ALLERGIES : ☐ Asthme ☐ Médicamenteuse

☐ Alimentaire

☐ Autre :

Précisez la cause de l'allergie
et de la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :

☐ sans porc

☐ sans viande

☐ PAI (à préciser ci-dessous)

DIFFICULTES de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...), préciser les dates et les précautions éventuelles à prendre :

Tout changement involontaire en cours d'année devra être signalé au Directeur de l'Accueil de Loisirs.

VACCINATIONS et MALADIES (se référer au carnet de santé de l'enfant et joindre une photocopie)

VACCINS OBLIGATOIRES

Diphtérie	☐ oui	☐ non
Tétanos	☐ oui	☐ non
Poliomyélite	☐ oui	☐ non
OU DT polio	☐ oui	☐ non
OU Tétracoq	☐ oui	☐ non
BCG	☐ oui	☐ non

Dates derniers rappels

Observations

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole : ☐ oui ☐ non

Varicelle : ☐ oui ☐ non

Rhumatisme : ☐ oui ☐ non

Angine : ☐ oui ☐ non

Scarlatine : ☐ oui ☐ non

Coqueluche : ☐ oui ☐ non

Otite : ☐ oui ☐ non

Rougeole : ☐ oui ☐ non

Oreillons : ☐ oui ☐ non

RECOMMANDATIONS utiles des parents

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

Précisez :

--

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) :

--

Assurance : Nom de la compagnie :

--

N° de contrat :

--

Régime sécurité sociale : (MSA, EDF/GDF, RATP, SNCF, Banque de France ...)

Général

Autre régime :

--

Je soussigné : responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALSH (Accueil de Loisirs Sans Hébergement) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

--

Signature :

(manuelle
ou électronique)

--

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Mairie de Champagne-sur-Oise dans le but de ses missions de service public. Elles sont conservées pendant 1 an et sont destinées à la Mairie de Champagne-sur-Oise. Conformément aux lois « Informatique & Liberté » et « RGPD », vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification ou d'opposition en nous contactant par mail à rgpd@villedechampagne.fr

je soussigné(e),
(veuillez cocher les cases correspondantes)

☐ Autorise mon enfant :

à participer à toutes les activités et sorties proposées sur les différents temps communaux. Les activités organisées ont lieu dans les locaux mis à disposition de l'ALSH et les sorties concernent les sorties à la piscine, les sorties à vélo ainsi que celles organisées dans le cadre du projet pédagogique de l'ALSH.

☐ Donne mon accord pour les déplacements prévus et les moyens de transport utilisés : car de la commune (immatriculation EZ 750 TC), minibus 9 places de la commune (immatriculation DN-825-YN), véhicule de la commune, car de location, minibus de location, train, vélo.

☐ Autorise le Directeur de l'Accueil de Loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions médicales nécessaires en cas d'urgence (un enfant ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un membre de sa famille).

☐ Autorise mon enfant à être photographié et filmé dans le cadre des activités et des sorties proposées sur les différents temps communaux. Ces photos et films pourront être utilisés dans le cadre d'une exposition et sur les différents supports de communication (site internet, bulletin municipal). La commune ayant une page Facebook (ville de Champagne-sur-Oise) nous vous certifions qu'aucune photo de vos enfants ne sera mise par la commune sur facebook.

• Votre enfant sait-il nager ? ☐ oui ☐ non

Votre enfant, **inscrit en école élémentaire**, a la possibilité de quitter seul les différents temps municipaux et de récupérer son frère ou sa sœur en école maternelle. Dans ce cas, merci de le mentionner ci-dessous :

Je soussigné(e),

☐ Autorise mon enfant âgé de ans, à rentrer seul.

☐ Autorise mon enfant âgé de ans,
à récupérer son frère ou sa sœur en classe de

Je déclare décharger la commune de toute responsabilité concernant tout incident qui pourrait subvenir à l'enfant à partir de la fin des activités périscolaires auxquelles il est inscrit.

A le,

Signature obligatoire : (manuelle ou électronique)



ATTESTATION de prise de connaissance du règlement des différents temps communaux 2026-2027



Nom de l'enfant Prénom de l'enfant
Ecole Classe

Père ou responsable légal :

M.
Adresse
Tél. portable Tél. pro

Mère :

Mme
Adresse
Tél. portable Tél. pro

☐ Je certifie avoir pris connaissance du **règlement des différents temps communaux** et en accepte les modalités. Celui-ci est consultable sur le site internet de la commune www.champagne95.fr et une version papier est disponible en Mairie ou au Centre de loisirs.

A le

Signatures obligatoire : (manuelles ou électroniques)

Signature du père :

Signature de la mère :

IMPRIMER

**ENVOYER
PAR MAIL**

**Vous pouvez scanner (en un seul fichier si possible) et envoyer par mail le dossier complet à :
alsh@villedechampagne.fr**