



Fiche Sanitaire de Liaison

2026/2027



Merci de joindre à ce dossier, la photocopie de l'assurance extra-scolaire 2026-2027, un justificatif de domiciliation et les photocopies des pages de vaccination du carnet de santé.

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

Tél.

M. Mme

Tél.

M. Mme

Tél.

M. Mme

Tél.

M. Mme

Tél.

M. Mme

Tél.

ECOLE fréquentée par l'enfant :

Classe :

Calcul du quotient familial pour l'Accueil de loisirs (accueil périscolaire matin et soir, mercredis et vacances scolaires) : joindre **une copie de votre dernier avis d'imposition définitif (2025)**. 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

Dates derniers rappels

Observations

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

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 ...)

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



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



Nom de l'enfant

Ecole

Prénom de l'enfant

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 :

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