



Année 2025-2026

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Tout dossier incomplet ne pourra être traité.

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

SEXE :

☐

F

☐

M

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE DE L'ENFANT :

ECOLE FREQUENTEE :

CLASSE FREQUENTEE :

ASSURANCE SCOLAIRE / EXTRASCOLAIRE (NOM DE LA COMPAGNIE) :

(Individuelle et responsabilité civile)

N° DU CONTRAT :

N° ALLOCATAIRE CAF :

REGIME GENERAL :

☐

Oui

☐

Non

Si non, précisez :

1-VACCINATIONS

Merci de joindre **obligatoirement** la copie du carnet de vaccinations,

Je certifie que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires

☐

Oui

☐

Non

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

2-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

Suit-il un traitement médical ?

☐

Oui

☐

Non

Si oui, transmettre une ordonnance récente et les médicaments correspondants à la directrice du centre (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine,

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :

☐

Alimentaires

☐

Médicamenteuses

☐

Autres (animaux, pollen, plantes, asthme...)

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

Nom du médecin traitant :

Numéro téléphone :

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé)?

☐

Oui

☐

Non

Si oui, transmettre le PAI à la directrice du centre ainsi que toutes informations utiles.

L'enfant présente-t-il d'autres difficultés de santé ?

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne, autres...

4-TYPE DE RESTAURATION

Si votre enfant est amené à fréquenter la restauration, merci d'indiquer le type de restauration souhaité

☐

Repas sans gluten

☐

Repas sans porc

☐

Repas sans viande

☐

Repas classique

5-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable légal 1

Nom et prénom :

N° de téléphone :

Adresse :

Date de naissance :

Profession :

Employeur :

Adresse mail :

Responsable légal 2

Nom et prénom :

N° de téléphone :

Adresse :

Date de naissance :

Profession :

Employeur :

Adresse mail :

6- SITUATION DE FAMILLE

☐ Mariés
en conséquence.

☐ Vie maritale, PACS

☐ Divorcés, séparés

☐ Famille monoparentale

7- PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (autre que les responsables légaux)

Nom et Prénom :

Lien avec l'enfant :

Téléphone :

8-AUTORISATIONS DIVERSES

Autorisez-vous l'hospitalisation de votre enfant en cas de nécessité ?

☐ Oui

☐ Non

Autorisez-vous la prise de photos ou vidéos de votre enfant ?

☐ Oui

☐ Non

Autorisez-vous la diffusion de ces photos/vidéos, sur le site de la mairie, Facebook, bulletin municipal?

☐ Oui

☐ Non

Autorisez-vous votre enfant à partir seul(e) du centre à partir du CP?

☐ Oui

☐ Non

Autorisez-vous le transport de votre enfant en bus, mini-bus dès lors que l'activité proposée le nécessite?

☐ Oui

☐ Non

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant _____

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :

Pièces à joindre:

- Attestation d'assurance.
- Copie du carnet de vaccinations à jour.
- Planning pour les gardes alternées.
- Contrat + mandat de prélèvement si vous optez pour ce type de paiement.