

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026

Nom : Prénom :

Né(e) le : A :

Situation familiale : ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(é) ☐ Concubinage ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Célibataire

Responsable 1

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Famille d'accueil
Autorité parentale ☐ OUI ☐ NON

Nom :

Prénom :

Adresse :

..... Ville :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Responsable 2

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Famille d'accueil
Autorité parentale ☐ OUI ☐ NON

Nom :

Prénom :

Adresse :

..... Ville :

Tél fixe :

Tél. portable :

Personnes à appeler en cas d'urgence et autorisées à venir chercher le(s) enfant(s)

Nom/ Prénom	Lien avec l'enfant	Adresse	Téléphone

Autorisation parentale

J'autorise mon enfant de + de 9 ans à quitter seul l'ALSH à la fin de sa journée et décharge la commune de toute responsabilité pour le trajet jusqu'au domicile

OUI ☐

NON ☐

Renseignements médicaux

Nom du médecin traitant :Téléphone.....

L'enfant a-t-il des problèmes de santé ? (Précisez).....

SANTÉ			A-t-il un traitement ? Précisez et donner le nom du traitement.	<u>Il y a-t-il Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ?</u>	
	OUI	NON		OUI	NON
ASTHME	☐	☐		☐	☐
ALLERGIE MÉDICAMENTEUSE	☐	☐		☐	☐
ALLERGIE ALIMENTAIRE	☐	☐		☐	☐
AUTRES :	☐	☐		☐	☐

Aucun médicament ne pourra être administré sans protocole ou ordonnance délivré par le médecin.
Il est obligatoire de nous fournir le PAI dans une pochette au nom de l'enfant avec es médicaments correspondants.
Tout traitement doit être remis en main propre à l'équipe encadrante.

Merci de remplir les tableaux, même si vous fournissez les copies du carnet de santé

VACCINS	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS	OUI	NON	DATES
DTP	☐	☐		Hépatite B	☐	☐	
Rubéole- Oreillons- Rougeole	☐	☐		Autres (préciser)	☐	☐	
Coqueluche	☐	☐		Autres (préciser)	☐	☐	

MALADIES	Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
OUI	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
NON	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Autres informations importantes

	OUI	NON	
L'enfant a-t-il déjà fréquenté des lieux collectifs (MAM, Crèche, Halte-garderie...) ?	☐	☐	
L'enfant est-il en situation de handicap ou a-t-il un accompagnement spécifique (AESH, CAMSP, CMPP ou autre) ?	☐	☐	
<i>Si oui, merci de nous fournir une notification de prise en charge.</i>			
L'enfant a-t-il régime alimentaire ?	☐	☐	Précisez :
Souhaitez-vous nous communiquer autre chose concernant l'enfant (lunettes, prothèses auditives, dentaires, port de lentilles, autres ou difficulté...) :			

Je soussigné(e),, autorise la ville du Guilvinec à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à , le

Signature :