

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025

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).....

Si oui quelle conduite ? : .....

A-t-il un traitement régulier ? (Précisez) : .....

***Si oui joindre une ordonnance récente et un protocole délivré par le médecin avec les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être administré sans protocole. Il est obligatoire de nous fournir le PAI (protocole d'accueil individualisé ou un certificat médical).***

-Allergies médicamenteuses :  OUI (précisez).....  NON

-Allergies alimentaires :  OUI (précisez).....  NON

-Autres allergies :  OUI (précisez).....  NON

- Asthme :  OUI.....  NON

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

VACCINS	DTP	ROR	BCG	Hépatite B	Coqueluche	Autres (à préciser) :
DATE						
RAPPEL						

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

## Autres informations importantes

-L'enfant a-t-il déjà fréquenté des lieux collectifs (MAM, Crèche, Halte-garderie...) ?

OUI  NON

-L'enfant est-il en situation de handicap ou un accompagnement spécifique (AESH, CAMSP, CMPP ou autre) ?

OUI  NON

*Si oui merci de nous fournir une notification de prise en charge*

-L'enfant a-t-il régime alimentaire ?

OUI (précisez).....  NON

-Avez-vous des recommandations utiles pour l'accueil de l'enfant (lunettes, prothèses auditives, dentaires, port de lentilles, autres problèmes de santé ou difficulté...) : .....

-Souhaitez-vous nous communiquer autre chose concernant l'enfant ?.....

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 :