

Fiche de liaison sanitaire

Année scolaire 2026/2027

☐

Maternelles

☐

Primaires

☐

Ados

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

L'enfant peut-il rentrer seul ? ☐ Oui ☐ Non

REPRÉSENTANTS LÉGAUX

ADULTE 1

Nom : _____ Prénom : _____

Votre lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

ADULTE 2

Nom : _____ Prénom : _____

Votre lien avec l'enfant : _____

Adresse (si différente) : _____

Téléphone : _____

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

J'autorise les personnes citées ci-dessous à récupérer mon enfant et décharge l'établissement d'accueil de toute responsabilité. Elles peuvent également être contactées en cas d'urgence si je suis injoignable. Toute personne devra justifier de son identité, faute de quoi l'enfant ne pourra lui être confié.

Nom et prénom : _____ Nom et prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____ Lien avec l'enfant : _____

Téléphone : _____ Téléphone : _____

Nom et prénom : _____ Nom et prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____ Lien avec l'enfant : _____

Téléphone : _____ Téléphone : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

VOTRE ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?

Médicamenteuses : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : _____

Alimentaires : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : _____

Asthme : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : _____

Autres : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : _____

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez : _____

L'enfant fait-t-il l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, vous devez impérativement prendre contact avec la structure et transmettre le document via votre Espace Famille Caramel.

VOTRE ENFANT EST-IL EN SITUATION DE HANDICAP ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : _____

Si oui, bénéficiez-vous de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) ?

☐ Oui ☐ Non

VOTRE ENFANT A T-IL EU DES DIFFICULTÉS DE SANTÉ PARTICULIÈRES ?

(MALADIES, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, ETC)

☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : _____

VOTRE ENFANT A T-IL UN TRAITEMENT AU LONG COURT ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : _____

MÉDECIN TRAITANT

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR EN LIGNE

☐ Photocopie vaccinations à jour de l'enfant

☐ Attestation de quotient familial CAF

Je, soussigné(e), _____

responsable légal de l'enfant _____

certifie l'exactitude des informations fournies sur cette fiche, reconnais avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des centres de loisirs (disponible sur l'Espace Famille Caramel) et accepte de m'y conformer.

Fait à Mons en Baroeul, le ____ / ____ / ____

Signature :