



Fiche Sanitaire de Liaison 2024-2025

1 - IDENTIFICATION de l'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

2 – RESPONSABLE(S) LÉGAL(AUX) DE L'ENFANT

	Responsable 1	Responsable 2
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre
NOM		
Prénom		
Profession		
Adresse (1)		
Tél. portable		
Email		
Mon espace famille	<input type="checkbox"/> Choisir mon Email	<input type="checkbox"/> Choisir mon Email

(1) à remplir uniquement si différente de celle de l'enfant

Joindre une attestation du quotient familial de la CAF ou MSA (Sans ce document, le tarif le plus élevé sera appliqué automatiquement pour les garderies) / **joindre la copie du jugement en cas de garde alternée**

3 – ASSURANCE SCOLAIRE

Nom de la compagnie :

N° de police :

Joindre la photocopie de l'attestation d'assurance

4 – VACCINATIONS

Votre enfant est-il à jour de ses vaccins ? OUI NON

Si oui, fournir une photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé.

Si non, fournir un justificatif médical de contre-indication.

5 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT

a) Votre enfant doit-il suivre un traitement médical pendant sa présence en ALAE ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance prescrite par le médecin et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments marqués au nom et prénom de votre enfant dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

b) Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies infantiles suivantes (facultatif)

Rubéole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Otite <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Varicelle <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Coqueluche <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Angine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Rougeole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

c) Votre enfant présente-t-il les allergies suivantes ?

Asthme / Respiratoires <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Alimentaires <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Médicamenteuses <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autres (à préciser) :		

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

--

d) Votre enfant porte-t-il les appareillages suivants ?

Lunettes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Prothèse auditives <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Lentilles de contact <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Prothèse dentaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autres (à préciser) :	

e) Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ? OUI NON

Si oui, veuillez indiquer la date de la signature du PAI/...../.....

Joindre le protocole et toutes les informations utiles

6 – AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES Merci de mentionner, le cas échéant, toutes autres difficultés de santé nécessitant une surveillance particulière de votre enfant (maladie, hospitalisation, opération, autres...) en précisant les dates

--

7- AUTORISATION

Le responsable légal autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant à la sortie de l'ALAE.

NOM	PRENOM	TELEPHONE

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche ainsi que les pièces afférentes et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le respecter.

J'ai pris connaissance du fait que la notion d'urgence est déterminée par les professionnels de santé et que l'autorité parentale ne peut être déléguée ni au responsable de l'accueil ni à l'organisateur.

Fait à CRUSCADES, le/...../.....

Les informations recueillies à partir de ce formulaire, dans le cadre d'une obligation légale, font l'objet d'un traitement destiné à la mairie pour veiller à la sécurité et à la santé des mineurs dans le cadre des activités scolaires, périscolaires et extrascolaires. Les destinataires des données sont les personnels habilités de la mairie en charge de ces activités. Les données sont conservées au regard des préconisations de la circulaire DGP/SIAF/2014/006. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 06 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits, merci de vous adresser à la mairie par courriel à commune@cruscades.fr