



Dossier suivi par
Marie-France GHOUGASSIAN
Service Réussite Educative
04 42 65 77 30

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ET DE RENSEIGNEMENTS Année Scolaire 2026 / 2027

Tout changement de situation intervenue dans l'année doit être signalé au service

ENFANT :

Ecole:

Nom : Prénom :

Date de naissance : Garçon ☐ Fille ☐

RESPONSABLES DE L'ENFANT :

Numéro CAF :

Nom/Prénom : Nom/Prénom :

Adresse : Adresse :

Justificatif de domicile de moins de 3 mois à joindre

N° Tél. Fixe : N° Tél. Fixe :

N° Tél. Portable : N° Tél. Portable :

Mail : Mail :

Situation familiale : Garde alternée : OUI ☐ NON ☐

Profession : Profession :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

.....

ASSURANCE – RESPONSABILITE CIVILE :

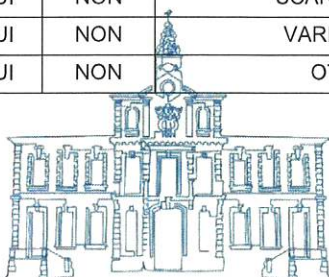
Nom de la Compagnie : N° Contrat :

VACCINATIONS : Joindre la copie des pages du carnet de santé concernant toutes les vaccinations de l'enfant.

MALADIES

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

COQUELUCHE	OUI	NON	RUBEOLE	OUI	NON
OREILLONS	OUI	NON	SCARLATINE	OUI	NON
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	OUI	NON	VARICELLE	OUI	NON
ROUGEOLE	OUI	NON	OTITE	OUI	NON



**ALLERGIES**

ASTHME	OUI	NON	MEDICAMENTEUSES	OUI	NON
ALIMENTAIRES	OUI	NON	AUTRE :		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....
.....

L'enfant fait-il l'objet d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) OUI ☐ NON ☐

Si oui, préciser :

L'enfant bénéficie-t-il d'un panier repas ? OUI ☐ NON ☐

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez :

.....

Régime alimentaire spécifique :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le représentant du Service, à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Le responsable légal :

Date :

Père ☐

Signature

Mère ☐

Signature





Dossier suivi par
Marie-France GHOUGASSIAN
Service Réussite Educative
04 42 65 77 30

AUTORISATIONS PARENTALES

Année scolaire 2026/2027

Tout changement de situation intervenue dans l'année doit être signalé au service

ENFANT :

Nom Prénom.....

Etablissement.....Classe

SUR LES TEMPS PERISCOLAIRES ET EXTRA-SCOLAIRES

Garderies, Restauration scolaire, Accueils de Loisirs Sans Hébergement (ALSH),
Temps d'Accompagnement Personnalisé (Etudes Surveillées), Coup de Pouce.

J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées dans le cadre des activités périscolaires et extra-scolaires et à être transporté en bus :

OUI ☐ NON ☐ (dans le cas où je n'autorise pas mon enfant à prendre le bus, celui-ci ne pourra pas être accueilli aux ALSH le jour de la sortie)

J'autorise mon enfant à être photographié lors des activités effectuées dans le cadre des activités périscolaires et extra-scolaires et j'autorise la diffusion de l'image de mon enfant sur le site de la Ville de Gardanne, le magazine Energie, et à l'occasion de toutes manifestations organisées par la Ville de Gardanne :

OUI ☐ NON ☐

J'autorise mon enfant (uniquement pour les enfants inscrits en élémentaire) à rentrer seul chez lui après les accueils du soir, les temps d'accompagnement personnalisé, le coup de pouce et les ALSH :

OUI ☐ NON ☐

***Personnes habilitées à récupérer l'enfant et à être prévenues en cas d'urgence (personne majeure autre que les parents) :**

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant (ex : oncle)	Téléphone
.....
.....
.....
.....

Le responsable légal :

Date :

Père ☐
Signature

Mère ☐
Signature

