



Dossier suivi par
Marie-France GHOUASSIAN
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 :

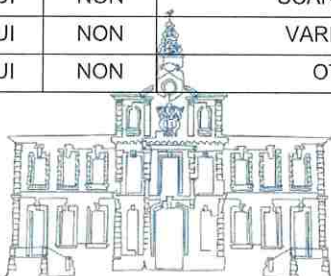
Nom de la Compagnie : N° Contrat :

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.

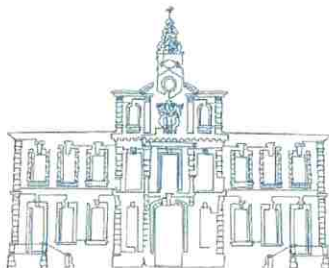
Précisez :

.....

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 : Père Mère
 Date : Signature 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

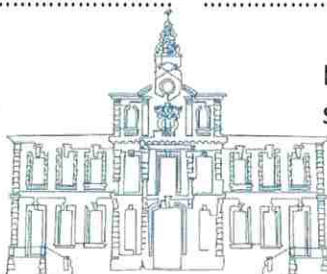
***Personnes habilitées à récupérer l'enfant et à être prévenues en cas d'urgence (personne majeure autre que les parents) :**

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

Le responsable légal :
Date :

Père
Signature

Mère
Signature





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

DEMANDE D'INFORMATION AEEH

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

Accueils de Loisirs Sans Hébergement (ALSH) mercredis et vacances scolaires

→ Votre famille perçoit-elle l'AEEH pour votre enfant ?

OUI

NON

Cette information nous permet de déclarer de manière anonyme les temps passés sur le service pour avoir une aide complémentaire permettant une meilleure inclusion des enfants qui en aurait besoin.

Merci de joindre la notification précisant l'ouverture des droits à l'AEEH.

Le responsable légal :

Date :

Mère

Signature

Père

Signature



*Informations relatives à la protection de vos données personnelles. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans votre portail famille. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : CAF et directrices des ALSH. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Les coordonnées du délégué à la protection des données (DPO) sont : dpo@ville-gardanne.fr ou 0442657711.

