



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNEE SCOLAIRE 2026-2027

Enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : ☐ M ☐ F Classe :

Représentant légal 1 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Représentant légal 2 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Traitement médical en cours :

☐ OUI

☐ NON

*si oui fournir **une ordonnance** récente et les médicaments correspondants (dans leur **emballage d'origine avec la notice**, et **marqués** au nom de l'enfant, ainsi qu'une **autorisation parentale** autorisant l'administration des médicaments par l'équipe de l'ACM)*

Allergie alimentaire :

☐ OUI

☐ NON

*Si oui, joindre une ordonnance précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir***

Allergie médicamenteuse :

☐ OUI

☐ NON

*Si oui, joindre une ordonnance précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir***

Autre allergie :

☐ OUI

☐ NON

*Si oui, joindre une ordonnance précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir***

Asthme :

☐ OUI

☐ NON

*Si oui, joindre une ordonnance précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir***

Situation particulière :

Projet d'accueil Individualisé (PAI) :

☐ OUI

☐ NON

*Si oui, joindre le document et **prendre contact avec la direction de l'ACM AVANT de pouvoir faire des réservations d'activités***

Enfant reconnu en situation de handicap :

☐ OUI

☐ NON

Si oui, fournir l'attestation AEEH

Autres difficultés de santé et recommandations : (port de lunettes, appareils auditifs, dentaires...)

J'autorise le personnel encadrant à appliquer en cas de nécessité :

- crème solaire

☐ OUI

☐ NON

- crème pour les brûlures

☐ OUI

☐ NON

- anti moustique

☐ OUI

☐ NON

Je soussigné(e)..... responsable de l'enfant
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si
nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes
mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

A..... Le

Signature des représentants légaux

