

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025

Toute modification en cours d'année concernant les renseignements qu'elle contient devra être signalée par mail à contact@sivucollinesdurance.com.

L'ENFANT	
NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Genre : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin

COMPOSITION DU FOYER DU DEMANDEUR (autorisé de fait à venir récupérer l'enfant)	
Qualité :	Qualité :
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	
☎ :	☎ :
Adresse mail :	

AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE	
NOM :	Prénom :
Qualité :	☎ :

PERSONNE NON-AUTORISÉE A PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE La copie du jugement doit obligatoirement être fournie		
NOM :	Prénom :	Qualité :

TRAITEMENT MÉDICAL (Si oui, joindre ordonnance)
Votre enfant suit-il un traitement médical quotidien ? <input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non
*Si oui, joindre l'ordonnance correspondante et les médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, marqués au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

PAI (médical, alimentaire)
Votre enfant a-t-il un PAI ? <input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non
Si oui, de quel type ?.....
*Si oui, merci de prendre contact avec le directeur / directrice de la structure.

RECOMMANDATIONS UTILES / BESOINS SPECIFIQUES	
Votre enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des appareils dentaires, etc... ? Si oui préciser :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Votre enfant est-il allergique ? Si oui préciser :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Votre enfant a-t-il des besoins spécifiques ? Si oui préciser :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Votre enfant bénéficie-t-il de l'AEEH ? Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi complémentaire ? (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour, etc...) Si oui préciser :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

VACCINS		
Pour être accueilli sur l'une des structures du SIVU Collines Durance, votre enfant doit être à jour du calendrier vaccinal obligatoire : - Pour les enfants nés avant le 01/01/2018 : DT POLIO, - Pour les enfants nés après le 01/01/2018 : DT POLIO, coqueluche, l'Haemophilus influenzae b, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole.		
Votre enfant est-il à jour de ce(ces) vaccin(s) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Joindre obligatoirement une copie du carnet de santé de votre enfant

RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER (hors cadre médical)	
<input type="checkbox"/> sans porc	<input type="checkbox"/> sans viande

INSCRIPTION / AUTORISATION POUR L'ESPACE JEUNES	
<input type="checkbox"/> autorise <input type="checkbox"/> n'autorise pas	L'inscription de mon enfant à l'Espace Jeunes et la facturation de la cotisation annuelle, d'un montant de 20€.
<input type="checkbox"/> autorise <input type="checkbox"/> n'autorise pas	Mon enfant à rentrer seul en sortant de l'Espace Jeunes.
<input type="checkbox"/> autorise <input type="checkbox"/> n'autorise pas	Mon enfant à utiliser le service de navettes proposé par l'Espace Jeunes.

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche sanitaire de liaison.

- J'autorise le responsable de structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (remise aux autorités compétentes : hôpital, etc...).
- J'autorise le transport de mon enfant dans les véhicules professionnels du SIVU Collines Durance et Léo Lagrange.
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées.

Fait à, le..... Signature(s) :