

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026

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 : ☐ Féminin ☐ Masculin

COMPOSITION DU FOYER DU DEMANDEUR (autorisé de fait à venir récupérer l'enfant)	
RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Qualité :	Qualité :
Nom d'usage :	Nom d'usage :
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :
Département de naissance (noter 99 si étranger) :	Département de naissance (noter 99 si étranger) :
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 ? ☐ oui* ☐ 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 ? ☐ oui* ☐ 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 :	☐ oui ☐ non
Votre enfant est-il allergique ? Si oui préciser :	☐ oui ☐ non
Votre enfant a-t-il des besoins spécifiques ? Si oui préciser :	☐ oui ☐ non
Votre enfant bénéficie-t-il de l'AEEH ? Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	☐ oui ☐ non
Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi complémentaire ? (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour, etc...)	☐ oui ☐ non
Si oui préciser :	

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) ?	☐ oui ☐ non	Joindre obligatoirement une copie du carnet de santé de votre enfant

RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER (hors cadre médical)	
☐ sans porc	☐ sans viande

INSCRIPTION / AUTORISATION POUR L'ESPACE JEUNES	
☐ autorise ☐ n'autorise pas	L'inscription de mon enfant à l'Espace Jeunes et la facturation de la cotisation annuelle, d'un montant de 20€.
☐ autorise ☐ n'autorise pas	Mon enfant à rentrer seul en sortant de l'Espace Jeunes.
☐ autorise ☐ 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) :