



Les Tourelles – Petite section  
Le Clos du Vivier 3- 10 ans  
T-PAKAP 6 - 10 ans

**FICHE DE  
LIAISON SANITAIRE  
2025/2026  
ACCUEIL DE LOISIRS**

du 1er sept 2025 au 31 août 2026

**MERCI D'ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES**

**ENFANT :**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe :  Féminin  Masculin

École : ..... Classe : .....

Enfant scolarisé hors commune :  Oui  Non

**RESPONSABLES LÉGAUX :**

**Parent 1 (Mère- Père - Beau-père - belle mère – tuteur – placement )**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Quartier de Gradignan : Barthez  Cantaranne/Lange  Canteloup/Mandavit  Centre ville   
Chartrèze/Ornon  Malartic  St Géry/Favard

Tél portable : .....

Travail : ..... Poste n° : ..... Mail : .....

**Parent 2 (Mère- Père - Beau-père - belle mère – tuteur – placement )**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

..... Quartier de Gradignan : .....

Tél portable: .....

Travail : ..... Poste n° : ..... Mail : .....

**AUTRE (Mère- Père - Beau-père - belle mère – tuteur – placement )**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél portable : .....

Travail : ..... Poste n° : ..... Mail : .....

**N° Allocataire CAF** ..... Nom - prénom bénéficiaire ..... Nombre d'enfants à charge.....

Régime Sécurité Sociale : Régime général  Régime MSA  Autre  A préciser : .....



Je soussigné(e) -----

**autorise l'équipe d'animation :**

1/ à prendre mon enfant en photo ou film, dans le cadre des animations proposées :  **Oui**  **Non**

2/ à utiliser ces photos ou films (ex : pour les programmes d'activités, le site internet de la Ville, etc) :  **Oui**  **Non**

3/ à transporter mon enfant dans un véhicule de l'équipe ou le minibus de l'EPAJG pour se rendre sur les lieux d'activités :  **Oui**  **Non**

4/ **autorise les personnes citées ci-dessous** à récupérer mon enfant et décharge l'établissement d'accueil de toute responsabilité, et à être contacté d'urgence si je suis injoignable. **NB : Toute personne devra justifier de son identité sans quoi l'enfant ne lui sera pas confié.**

NOM et Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

5/ **autorise mon enfant à rentrer seul** après l'activité :  **Oui**  **Non**

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX OBLIGATOIRES :**

1/ Je soussigné(e) .....autorise l'équipe de direction à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. Il est à rappeler qu'en cas d'urgence, l'enfant sera pris en charge par les pompiers ou le samu :  **Oui**  **Non**

2/ Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles de contact, des prothèses auditives ou dentaires ?  **Oui**  **Non** si oui, précisez :  
.....

3/ **Votre enfant a-t-il des allergies ?**

Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	Précisez :.....
Alimentaires	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	Précisez :.....
Asthme	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	Précisez :.....
Autres	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	Précisez :.....

**IMPORTANT :** L'enfant fait-t-il l'objet d'un **Protocole d'Accueil Individualisé** ?  **Oui**  **Non**

**Si oui, vous devez impérativement remplir le PAI EPAJG et prendre contact avec l'équipe de direction de la structure d'accueil concernée (à télécharger sur le site internet de la ville).**

4/ **Vaccinations obligatoires :**

Pour les enfants nés **depuis** 2018 :

11 vaccins obligatoires

**Date du dernier rappel :** .....

Pour les enfants nés **avant** 2018 :

Vaccination contre la DT Poliomyélite -

**Date du dernier rappel :** .....

5/ Votre enfant est-il en situation de handicap ?  **Oui**  **Non**

Si oui, précisez le type de handicap : .....

Si oui, bénéficiez vous de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) ?  **Oui**  **Non**

**Merci de fournir la notification de la MDPH**

6/ Votre enfant a-t-il eu des difficultés de santé particulières (Maladies, Crises convulsives, Hospitalisation, etc) ?  **Oui**  **Non** si oui, précisez : .....

7/ A-t-il un traitement au long court ?  **Oui**  **Non** si oui, précisez : .....

8/ **Nom – Prénom – n° téléphone médecin traitant :** .....

9/ Autres recommandations utiles : .....

**PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR :** à « scolaire@ville-gradignan.fr »

- Photocopie vaccinations obligatoires
- Justificatif de domicile (- de 3 mois)
- Attestation de Quotient Familial CAF (à fournir en septembre 2025)

**Selon l'article L 227-5 du code de l'action sociale et des familles, nous vous informons de l'obligation de souscrire, par les responsables légaux, un contrat d'assurance (responsabilité civile) afin de couvrir vos enfants lors de dommage(s) occasionné(s) dans le cadre des activités proposées.**

Je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et déclare avoir pris connaissance des projets éducatifs et pédagogiques de la structure d'accueil concernée (documents disponibles sur site).

Fait le : ....., Signature (Faire précéder la mention «*lu et approuvé*») :