

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

**FICHE DE  
LIAISON SANITAIRE  
2026/2027  
ACCUEIL DE LOISIRS**

du 1er sept 2026 au 31 août 2027

**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 :**

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

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance<sup>o</sup>: .....

Adresse : .....

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

Tél portable : .....

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

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

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance<sup>o</sup>: .....

Adresse : .....

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

Tél portable: .....

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

**Je soussigné(e) ....., 1/ 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. 2/ autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité : ☐ Oui ☐ Non**

NOM et Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

**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**

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

**IMPORTANT :** L'enfant fait-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<sup>°</sup>:

11 vaccins obligatoires

**Date du dernier rappel<sup>°</sup> :** .....

Pour les enfants nés **avant** 2018<sup>°</sup>:

Vaccination contre la DT Poliomyélite -

**Date du dernier rappel<sup>°</sup> :** .....

5/ Votre enfant est-il en situation de handicap<sup>°</sup> ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Si oui, précisez le type de handicap<sup>°</sup> : .....

Si oui, bénéficiez vous de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH)<sup>°</sup> ?

☐ **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 «<sup>°</sup>scolaire@ville-gradignan.fr»

☐ Photocopie vaccinations obligatoires

☐ Justificatif de domicile (- de 3 mois)

☐ Attestation de Quotient Familial CAF (à fournir en septembre 2026)

**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*»):

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatisé destiné au suivi administratif du dossier de l'enfant par le Centre de Loisirs " Le Clos du Viviers". Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez de droits d'accès, de rectification et de suppression que vous pouvez exercer en contactant le service scolaire et périscolaire de la Mairie de Gradignan. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, vous pouvez également consulter notre politique de gestion des données personnelles dans la rubrique "Données Personnelles" du site internet de la collectivité <https://www.gradignan.fr>. Si vous estimez que vos droits informatique et libertés ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de la CNIL »