



Association GABI
30 rue du Prieuré- 01700 BEYNOST
04 72 25 80 27 - 07 82 05 18 29
contact@asso-gabi.fr
www.asso-gabi.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025-26 Pour l'accueil de Loisirs GABI

A remplir par les parents ou responsables légaux

Document qui doit suivre l'enfant dans toutes ses activités.

L'enfant :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Genre : ☐ Garçon / ☐ Fille

☐ Père ☐ mère

Nom : _____

Prénom : _____

Tel urgence : _____

☐ Père ☐ mère

Nom : _____

Prénom : _____

Tel urgence : _____

Autre personne à prévenir en cas d'urgence :

_____ Tel : _____

AUTORISATIONS :

En cas d'urgence, nous soussignés,

Mr/Mme* _____ et

Mr/Mme* _____

- Autorisons la personne responsable de l'accueil, à orienter et faire transporter notre enfants accidenté ou malade, par les services de secours d'urgence, vers l'hôpital le mieux adapté.
- Autorisons le médecin à pratiquer tous les soins nécessaires et éventuellement une intervention chirurgicale d'urgence avec anesthésie sur notre enfant.
- Autorisons en notre absence, la personne responsable de l'accueil, à accompagner notre enfant sortant de l'hôpital.
- Autorisons la personne responsable de l'accueil à donner à notre enfant les médicaments prescrits par le médecin appelé pendant l'accueil

Nom et signature des parents (ou responsables légaux) :

Date :

*Railler la mention inutile

IMPORTANT

Nous, parents / responsables légaux de l'enfant, sommes informé que :

- **Tout accident grave** ainsi que toute situation présentant ou ayant présenté des risques graves pour la santé et la sécurité physique et morale des mineurs accueillis **doit être signalés sans délai au préfet du département du lieu d'accueil** par les personnes organisant l'accueil des mineurs.
- **Tout accident ou toute maladie** survenue pendant l'accueil **doivent être signalés sans délai aux représentants légaux du mineur concerné.**
- Les représentants légaux du mineur hospitalisé sont informés de la sortie prochaine du mineur. Le mineur sortant de l'hôpital ne peut être confié qu'à son représentant légal et aux tierces personnes expressément autorisées par celui-ci.

Coordonnées du médecin traitant de l'enfant (**Obligatoire**)

NOM : _____ **Tel :** _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée portant les noms et prénom de l'enfant et la mention « secret médical », à l'attention du médecin susceptible d'intervenir en cas de besoin pour votre enfant.

• ANTÉCÉDENT MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

Indiquer uniquement ceux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour.
Par exemple : les allergies alimentaires, les allergies médicamenteuses, les autres allergies (pollen, plantes, animaux...) ou une opération chirurgicale récente :

Les précautions à prendre :

• MALADIE EN COURS/ SITUATION DE HANDICAP

(remplir la fiche d'accueil spécifique de l'accueil de loisirs)

Aiguës ou chroniques, indiquer uniquement celles susceptibles d'entraîner des répercussions sur le déroulement de l'accueil, par exemple : diabète, asthme, convulsions, troubles du comportement... :

Les précautions à prendre :

• LES MÉDICAMENTS

- Si un traitement est à prendre pendant une partie ou pendant tout le séjour, joindre la photocopie de l'**ordonnance médicale**.
- S'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites **dans un P.A.I**
- Spécifier si le traitement doit être en permanence à la disposition de l'enfant
- Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation et l'ordonnance du médecin. Les noms et prénom de l'enfant devront être inscrits sur l'emballage.