

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026-2027

Inscription à :

- ☐ AL Pluguffan vacances
- ☐ AL Guengat vacances
- ☐ AL Guengat mercredi
- ☐ Espaces jeunes :
- ☐ Activités de loisirs :

Pièces à fournir :

(Cocher pour ne rien oublier) :

- Chèque de caution ☐
- Règlement adhésion ☐
- Photocopie des vaccins ☐
- Attestation QF ☐

Réservé

Ulamir :

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

Réservé Ulamir - Adhérent n° :

ADHERENT :

NOM et Prénom :

Date de Naissance :/...../..... Age : ☐ Fille ☐ Garçon

Etablissement scolaire : Tél. / / / /

	Représentant légal (1)	Représentant légal (2)
NOM et Prénom		
Adresse		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Courriel (indispensable pour le portail famille)		
Employeur (Nom et Lieu)		
Téléphone professionnel		

Situation maritale (entourez la réponse) : marié / en concubinage / pacsé / séparé / divorcé* / parent isolé / veuf

(*Dans le cas où une décision de justice est établie, fournir la copie du jugement concernant les dispositions de garde des enfants)

RESPONSABILITES ET AUTORISATIONS :

RAYER LES MENTIONS NON SOUHAITEES

Je soussigné(e) Mme/M.

Responsable légal de l'enfant

✓ Autorise l'équipe de l'accueil de loisirs à prendre les dispositions nécessaires en matière d'hospitalisation d'urgence.

✓ Autorise les personnes mentionnées ci-dessous à venir chercher mon enfant :

..... Tél. / / / /

..... Tél. / / / /

✓ Autorise la diffusion de l'image de mon enfant sur tout support visuel (photos, vidéo, expositions, articles, bulletin municipal et sites internet) et de l'Ulamir e bro Glazik, pour une durée de 5 ans.

✓ Autorise l'Ulamir à transporter mon enfant avec les véhicules des structures.

✓ Autorise l'Ulamir à conserver la copie de l'avis d'imposition fourni dans le dossier d'inscription.

✓ Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et des tarifs appliqués.

Fait à :

Le :/...../.....

Signature :

RENSEIGNEMENTS ORGANISMES :

Régime d'Allocations familiales dont dépend l'enfant :

☐ CAF - N° Allocataire : ☐ MSA - N° Allocataire :

Numéro de Sécurité sociale du parent :

Mutuelle : OUI ☐ NON ☐ Si oui, laquelle :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES :

Merci d'indiquer d'éventuels problèmes de santé et informations utiles, en précisant les précautions à prendre (antécédent médical, port de lunettes, comportement de l'enfant, problèmes familiaux, droit de garde exclusif - Justificatif obligatoire,...).

Ces informations sont essentielles pour un bon déroulement de l'accueil de votre enfant :

.....
.....

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, merci de nous préciser le traitement :

Nous ne pourrions administrer le traitement à votre enfant sans la mise en place d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) - à fournir.

Votre enfant a-t-il des allergies ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler (en cas d'allergie alimentaire, un certificat médical et un PAI doivent être obligatoirement fournis pour qu'un régime alimentaire soit mis en place pour votre enfant) :

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) ? OUI ☐ NON ☐

Votre enfant est-il bénéficiaire d'un PAI (Plan d'Accueil Personnalisé) ? OUI ☐ NON ☐

MEDECIN TRAITANT :

Nom du médecin traitant :

Ville :

Tél. / / / /

