

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM DU MINEUR :
 PRÉNOM :
 NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :
 DATE DE NAISSANCE :/...../.....
 SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1- Vaccination (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | | | | Coqueluche | |
| Tétanos | | | | Haemophilus | |
| Poliomyélite | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| | | | | Hépatite B | |
| | | | | Pneumocoque | |
| | | | | BCG | |
| | | | | Autres (préciser) | |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2- Renseignement concernant le mineur

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non

Précisez

Si oui, joindre un **certificat médicale** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur a t'il un PAI, si oui préciser Oui Non

3- Recommandations utile des parents

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc.

.....

NOM MÉDECIN TRAITANT :

TÉLÉPHONE MÉDECIN TRAITANT :

Numéro d'allocataire CAF (ou MSA) :

Autorise à aller sur le compte partenaire pour les informations CAF (QF & AEEH)

Votre enfant est il bénéficiaire de l'AEEH Oui Non

Si oui, merci de nous fournir le document justificatif.

4- Responsable du mineur

Responsable N°1 : : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Autorisation préalable

DOCUMENT CONFIDENTIEL

5- Personnes autorisées à récupérer l'enfant

NOM : PRÉNOM :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

6- Demande d'autorisation pour l'accueil du mineur

Autorisation de prise de vue :

- Presse locale
- Presse nationale
- Publication de la ville du Puy en Velay (Vidéo ; Journal municipal ; Plaquette ; Affiche ; Diaporama ; vidéogramme)
- Publication des relais ados municipaux (Plaquette ; Affiche ; Flyers)
- Sur le réseaux social Instagram (accès privé, réservé aux jeunes inscrit au relais)

Autorisation de sortie de l'accueil de loisirs :

- J'autorise mon enfant à arriver seul et à partir seul.

Autorisation Mesure Urgence :

- J'autorise la structure à prendre toutes les dispositions nécessaire en cas d'urgence.

Autorisation de prendre les transports :

- J'autorise mon enfant à prendre les transports que la collectivité à accepté pour les activités de la structure

7- Condition d'exercice de l'autorité parentale :

Le cas échéant :

.....

.....

.....

- Justificatif du Jugement joint

Merci de nous fournir le document justificatif.

- Accepte le règlement intérieur de la structure,**

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, **déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.** J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

Note de la structure :