

FICHE DE LIAISON – Accueil périscolaires 2024/2025

<p>ENFANT Nom : Prénom : Date de naissance : / / Ecole : Classe : Age :</p>	<p>RESPONSABLE LEGAL 1 (A contacter en cas d'urgence) Nom : Prénom : Tél Portable : / / / Tél FIX ou Professionnel : / / /</p>
<p>RESPONSABLE LEGAL 2 (A contacter en cas d'urgence) Nom : Prénom : Tél Portable : / / / Tél fix ou Professionnel : / / /</p>	<p>Personne supplémentaire à contacter en cas d'urgence Nom : Prénom : Tél Portable : / / / Tél fix ou Professionnel : / / /</p>

PERSONNES HABILITEES A RECUPERER L'ENFANT :

Nom et prénom :	Nom et prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Tél Portable : / / /	Tél Portable : / / /

AUTORISATIONS DES RESPONSABLES LEGAUX

Je soussigné(e).....
 Responsable de l'enfant

Autorise

n'autorise pas

Le responsable du centre à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Autorise

n'autorise pas

Dans le cadre des activités et garderies périscolaires et extrascolaires, les prises de vues, images et sons, individuelles et collectives de l'enfant et à utiliser sur tous les médias, sans limitation de durée, de passage ni zone de diffusion, et ce sans aucune rémunération ou indemnité.



Date : / /

Signature responsable légal 1 :

Signature responsable légal 2 :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON
DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

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
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hæmophilus	
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-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
 Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES 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 :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

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 :