**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**ANNEE SCOLAIRE 20**\_\_\_\_**/20**\_\_\_\_

**Cette fiche sert à recueillir les informations utiles et obligatoires pour que votre enfant soit accueilli en Accueil Collectif de Mineurs (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en accueil de loisirs).  
Valable le temps d’une année scolaire, elle sert pour l’accueil de loisirs organisé les mercredis et vacances scolaires.**

**LE JEUNE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance : / / | Sexe : Féminin □ Masculin □ |
| Établissement scolaire : ……………………………………………. | Niveau : |
| Téléphone portable (si existant et selon autorisation donnée au verso): | |
| Assurance Responsabilité civile □ Assurance Individuelle accident □  Compagnie d’assurance : ……………………………….. N° de police d’assurance : ………………………………... | |

**LES RESPONSABLES LEGAUX**

**hh**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Responsable 1** | Nom : | | Prénom : | | Lien avec  Le jeune : |
| Adresse postale : | | | | | |
| Adresse mail : | | | | | |
| Tél 1 : | | | | Tél 2 : | |
| **Responsable 2** | | Nom : | | Prénom : | Lien avec  Le jeune : |
| Adresse postale : | | | | | |
| Adresse mail : | | | | | |
| Tél 1 : | | | | Tél 2 : | |
| *En cas de décision de justice d’interdiction de garde pour l’un des parents , merci de vous rapprocher de la direction munis des documents officiels* | | | | | |
| **Autres personnes à contacter en cas d’urgence et autorisées à récupérer le jeune :** | | | | | |
| Nom : | | Prénom : | | Tél : | Lien avec  Le jeune : |
| Nom : | | Prénom : | | Tel : | Lien avec  Le jeune : |
| Nom : | | Prénom : | | Tel : | Lien avec  Le jeune : |
| Nom : | | Prénom : | | Tél : | Lien avec  Le jeune : |

*Les responsables légaux et personnes autorisées ci-dessus devront justifier, si besoin, de leur identité   
auprès de l’équipe d’animation pour que le jeune leur soit être confié.*

**LES AUTORISATIONS**

□ J’autorise mon enfant à participer à toutes les sorties et activités (physiques et sportives) proposées/pratiquées au sein de l’espace ados

□ J’autorise mon enfant à être pris en photo/filmé pour une utilisation par les services municipaux sous quelque forme que ce soit (journal municipal, site internet, page du réseau social de la ville, etc.)

□ J’autorise mon enfant à partir seul de l’espace ados**\***

□ J’autorise la réception occasionnelle de SMS sur le téléphone de mon enfant de la part de l’Espace Ados (organisation, confirmation de présence)

**\*** *Les représentants doivent prendre contact en amont avec la direction d’accueil de loisirs pour lui fournir toutes les informations nécessaires quant aux modalités d’organisation de ce départ (complément d’autorisation écrite à prévoir)*

**LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Selon l’année de naissance de votre enfant, différents vaccins obligatoires sont à prévoir **\*** :

Enfant né avant le 1er janvier 2018 - vaccin obligatoire : DT Polio

Enfant né à partir du 1er janvier 2018 - vaccins obligatoires : DT Polio - coqueluche - rougeole - oreillons - rubéole - hépatite B - méningocoque C - pneumocoque - haemophilus b

**\*** *Joindre obligatoirement à cette fiche de renseignement la copie du carnet de vaccination.*

**\*** *Si le mineur n’a pas ses vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.*

L’enfant a-t-il des allergies ? ASTHME **OUI** □ **NON** □ MEDICAMENTEUSES **OUI** □ **NON** □

ALIMENTAIRES **OUI** □ **NON** □ AUTRES ………………………………………

*En cas d’allergies ou de problèmes de santé significatifs, il peut être nécessaire d’élaborer un Projet d’Accueil Individualisé (PAI) pour votre enfant.*

L’enfant a-t-il un PAI ? **OUI** □ **NON** □ *Si oui, joindre obligatoirement une copie du document*

L’enfant est-il déclaré auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? **OUI** □ **NON** □ *Si oui, joindre obligatoirement une copie de la notification*

Nom et téléphone du médecin traitant : ………………………………………………………………………………….

Recommandations utiles : port de lunettes et/ou lentilles, prothèses dentaires ou auditives, trouble du comportement, etc.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

En cas d’urgence, un enfant malade ou accidenté est orienté et transporté par les services de secours d’urgence (pompier ou samu). La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Je soussigné(e)..............................................................................................................., responsable légal du mineur,déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à informer immédiatement le responsable de l’Espace Ados de tout changement de situation.

J’autorise le responsable du service périscolaire et de l’accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (soin et traitement médical, transport vers les services d’urgence, intervention chirurgicale selon les prescriptions du médecin) rendues nécessaires par l’état de santé de l’enfant.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur, m’engage à le respecter et à faire respecter par mon enfant les règles de l’Espace Ados.

Fait à : Date : / / Signature(s) :