

MINISTÈRE
DE LA JEUNESSE,
DES SPORTS
ET DE LA
VIE ASSOCIATIVE

Direction
régionale de
BOURGOGNE

Accueil de mineurs Fiche de liaison

Ce document permet de recueillir des éléments administratifs et certains éléments de la santé de l'enfant. Vous devez remettre cette fiche à l'organisateur de l'accueil de l'enfant, sous enveloppe cachetée. Merci de remplir le document lisiblement en lettre majuscule.

Nom , prénom de l'enfant :

Date de naissance : .. / .. /

Sexe : F / G

Représentant légal 1: Père, Mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)

Nom , prénom

Adresse

☑ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....

Représentant légal 2: Père, Mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)

Nom , prénom

Adresse

☑ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....

Personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence :

Nom , prénom

Adresse

☑ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....

Nom , prénom

Adresse

☑ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....

Les responsables légaux autorisent ces personnes à venir chercher l'enfant dans la structure

Assurance responsabilité civile : (si possible joindre attestation ou justificatif)

Compagnie :

Numéro d'adhérent :

Renseignements sanitaires

Vaccinations : (obligatoire)

Fournir la photocopie du carnet de vaccination en vérifiant que le nom de l'enfant est clairement mentionné.
A défaut, remplir le document ci-joint ou fournir une attestation de vaccination d'un médecin.

*

**Indiquez ci dessous les éléments médicaux qui sont susceptibles
d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil**

Maladies ou allergies sévères connues : (exemple diabète, asthme, allergies alimentaires.....)

Conduite a tenir spécifique (sommeil, hygiène, alimentation.....port de lunettes, port d'appareillage
auditif.....)

Traitement médicamenteux : (susceptibles d'avoir des répercussions sur le temps de l'accueil)
si le traitement doit être pris sur le temps de l'accueil **contactez le responsable**.
Cela doit rester **exceptionnel**, et la copie de l'ordonnance en cours de validité est obligatoire.

Allergies médicamenteuses connues :

**Si vous avez signalé des difficultés de santé et dans l'intérêt de l'enfant
Contactez le responsable de la structure d'accueil**

*

En cas d'urgence, j'autorise le responsable de la structure à prendre les mesures nécessaires pour l'appel des secours,
je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2

A l'attention des responsables légaux

Coordonnées de l'organisateur :

Personne à joindre :