



Fiche de liaison pour les mineurs

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle est à la discrétion du directeur de l'Accueil Collectif de Mineurs.



Enfant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

filles / garçons

Date et lieu de naissance :

Accueil de loisirs ados de Saussan 2021/2022 :

Organisateur : Mairie de Saussan – 13 rue de la Mairie – 34570 Saussan - 04.67.47.72.32.

Nom de l'accueil : **Maison des Jeunes (MDJ) – 10 rue des Pénitents – 34570 Saussan – 06.30.69.43.70.**

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Joindre obligatoirement un certificat médical des vaccins.

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires (NB : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication).

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

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

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rougeole	Varicelle	Oreillons	Scarlatine	Coqueluche
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non

L'enfant est-il sujet aux maladies suivantes ?

Migraine	Otite	Angine	Asthme	Rhumatisme articulaire aigu
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non

Allergies : médicamenteuses oui non
 alimentaires oui non

autres

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Tél. domicile : _____ travail : _____ portable : _____
Mail : _____
Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*) _____

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : _____ Date : _____

IV – Départ du mineur : 1 ou 2

1. Je soussigné(e) _____ agissant en tant que père – mère, représentant légal de l'enfant _____ déclare autoriser ce dernier à effectuer seul les trajets de l'accueil collectif de mineurs au domicile. Je dégage ainsi l'accueil collectif de mineur dénommé MDJ Saussan de toutes responsabilités concernant l'enfant nommé ci-dessus.

Signature :

2. Je soussigné(e) _____ agissant en tant que père – mère, représentant légal de l'enfant _____ déclare autoriser les personnes suivantes à récupérer l'enfant nommé ci-dessus à l'ACM dénommé MDJ :

- nom - prénom - numéro de téléphone – lien avec l'enfant

- _____
• _____
- _____
• _____

Signature :