

Reçu le ....., par .....



Intercommunal  
des Portes  
du Morvan



Code de l'action sociale et des familles

# FICHE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL



Joindre obligatoirement la copie des vaccins à jour et l'attestation d'assurance périscolaire/ extrascolaire

NOM DU MINEUR : .....  
 PRENOM DU MINEUR : .....  
 DATE DE NAISSANCE : ...../ ..... / ..... AGE : .....  
 EMAIL : ..... TEL : .....  
 Autorisation facturation par Mail : oui non  
 NUMERO DE SECURITE SOCIALE : .....  
CAF MSA Précisez n° allocataire : .....  
 Parent allocataire : Père Mère  
 SEXE : M F PUBLIC : Maternels Primaires Ados

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles et nécessaires concernant votre enfant en cas d'urgence médicale (L'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances et/ou en accueil de loisirs).

### Type d'accueils :

Séjour de vacances Dates du séjour : .....  Accueil de loisirs

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

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	Oui	Non	Date
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Haemophilus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Autres (préciser) : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### II - Renseignements concernant l'enfant :

Poids : ..... Taille : .....cm (information nécessaire en cas d'urgence médicale)

Suit-il un traitement médical oui non Date de début de traitement : ..... Durée : .....

Si traitement, 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 ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Rhumatisme articulaire aigu
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Allergies : Médicamenteuses oui non Précisez : .....  
Alimentaires oui non Précisez : .....  
Asthme oui non Précisez : .....  
Autres oui non Précisez : .....

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

.....

.....

Indiquer les **difficultés de santé ou problème de santé** en précisant les dates et les **précautions à prendre** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, énurésie, terreur nocturne, nyctophobie, claustrophobie, ...) :

.....

.....

Natation : Brassards oui non  
Test Natation 25m oui non Remarque : joindre obligatoirement la photocopie du test

### **III - Recommandations utiles :**

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

.....

.....

### **IV - Responsable légal de l'enfant :**

#### **Responsable n°1 :**

Mère Père Autre (précisez) : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....

Email : .....

#### **Responsable n°2 :**

Mère Père Autre (précisez) : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....

Email : .....

#### **NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :**

.....

Je soussigné (e) ....., responsable légal de l'enfant ....., **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 et/ou du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : .....

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

## **V AUTORISATION PARENTALE DE PRISE DE VUE :**

Madame, Monsieur,

Dans le cadre des programmes d'activités, le Centre Social Intercommunal des Portes du Morvan prévoit l'utilisation de la photographie, de vidéos, d'enregistrements, et d'écrits réalisés par les enfants.

En référence à la loi protégeant la vie privée et en tant que représentant légal de votre enfant mineur, le Centre Social doit vous demander une autorisation préalable.

Le Centre Social utilisera les réalisations dans le cadre des actions menées au sein des accueils de loisirs (petit journal, Mission Numérique, reportages, ...), ceci dans le but de valoriser le travail des enfants.

Les images, vidéos, enregistrements sonores et écrits individuels et collectifs pourront être exploités et diffusés :

- Par la presse locale (Journal du Centre et Yonne républicaine),
- Par le biais du site internet de la Communauté de Commune des Portes du Morvan,
- Par les affichages et distributions publics,
- Sur le site Facebook du Centre Social (excepté portraits individuels)
- Par tout autre support de diffusion (Youtube, TV, ...)
- Etc ...

Conformément à la loi, vous pourrez avoir accès à l'ensemble des images sur lesquelles figurent votre enfant et juger de l'usage qui en est fait.

Vous disposerez d'un droit de retrait de certaines images si vous le jugez nécessaire (demande à formuler par écrit auprès du responsable).

Nature des prises de vues : photos et caméra numérique

Conservation des images : durée illimitée.

Je soussigné(e) ....., agissant en tant que responsable légal de l'enfant ....., autorise le Centre Social Intercommunal des Portes du Morvan à utiliser et diffuser les photos, vidéos sur lesquelles apparait mon enfant, enregistrements sonores et les créations individuelles et collectives réalisés par mon enfant dans le cadre de ses activités.

Je reconnais donner cette autorisation en contrepartie de l'intérêt pédagogique que mon enfant pourra trouver dans cette activité et de mon intérêt à en avoir la trace.

oui

non

Fait à .....

Date : .....

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

**VI AUTORISATION PARENTALE POUR QUITTER LIEUX D'ACCUEILS:**

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant ..... autorise la personne responsable des accueils de loisirs périscolaires et extrascolaires et/ou du séjour du Centre Social des Portes du Morvan à confier l'enfant, cité précédemment, aux personnes ci-dessous (une pièce d'identité pourra être demandée aux personnes concernées :

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile ou sur mon lieu de travail et exonère le centre social de toute responsabilités à partir du moment où il quitte l'accueil de loisirs.

oui  non

**VII Assurance accueils de loisirs périscolaires et extrascolaires :**

Le centre a souscrit une police d'assurance en responsabilité civile qui ne couvre que les dommages imputables à une défaillance du matériel, des locaux ou une négligence de l'équipe. C'est la raison pour laquelle, chaque enfant doit être obligatoirement couvert en responsabilité civile pour les activités extrascolaires par le régime de ses parents ou de la personne qui en est responsable, afin de couvrir d'éventuels dégâts occasionnés aux installations ou matériels imputables à l'enfant et dommages causés par l'enfant à autrui. Sans attestation d'assurance, nous ne pourrions pas accueillir l'enfant concerné sur les différents temps d'accueil.

Remarque : Joindre obligatoirement les coordonnées et la photocopie de l'attestation d'assurance.

Nom de la Compagnie : **Groupama** N° de police d'assurance : **28014698/1026**

**VIII Assurance familles :**

Le Centre Social est assuré en responsabilité civile pour l'ensemble des activités périscolaires et extrascolaires, et en particulier sur les accueils de Loisirs et les séjours de vacances.

Nom de la Compagnie : .....

N° de police d'assurance : .....

Adresse : ..... Tel : .....

**NOTE AUX FAMILLES :**

Nous avons l'obligation de vous informer qu'il vous est obligatoire de contracter un contrat d'assurance permettant la prise en charge des activités périscolaires et/ou extrascolaires.

Si vous n'en avez pas, il faudra en souscrire une ou souscrire à une assurance complémentaire.

Fait à .....

Date : .....

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :