

- Le Clos du Vivier 3- 10 ans
- T-PAKAP 6 - 10 ans
- Le Château Malartic : 6 – 10 ans
- Accueil de Loisirs Ados : 11 – 15 ans
- Le tROCKé : 15 – 25 ans
- L'Espace Barthez

**FICHE DE
LIAISON SANITAIRE
2018/2019
ACCUEIL DE LOISIRS**

MERCI D'ECRIRE EN LETTRES MAJUSCULES

ENFANT :

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe : Féminin Masculin

École : Classe :

Enfant scolarisé hors commune : Oui Non

Je soussigné(e),, autorise les animateurs de l'EPAJG à correspondre
avec mon fils/ma fille, par téléphone, SMS et/ou mail et/ou Facebook Oui Non

N° Tél portable Mail.....  Oui Non

} Ados
uniquement

RESPONSABLES LEGAUX :

MERE

NOM : Prénom :

Adresse :

..... Quartier de Gradignan :

Tél domicile: Portable :

Travail : Poste n° : Mail :

PERE

NOM : Prénom :

Adresse :

..... Quartier de Gradignan :

Tél domicile: Portable :

Travail : Poste n° : Mail :

AUTRE (Beau-père - belle mère – tuteur - placement)

NOM : Prénom :

Adresse :

..... Quartier de Gradignan :

Tél domicile: Portable :

Travail : Poste n° : Mail :

N° Allocataire CAF

Nombre d'enfants.....

Régime Sécurité Sociale : Régime général Régime MSA RSI Autre A préciser :

Je soussigné(e)

autorise l'équipe d'animation de l'EPAJG :

1/ à prendre mon enfant en photo ou film, dans le cadre des animations proposées : **Oui** **Non**

2/ à utiliser ces photos ou films (ex : pour les programmes d'activités, le site internet de la Ville, etc) : **Oui** **Non**

3/ à transporter mon enfant dans un véhicule de l'équipe ou le minibus de l'EPAJG pour se rendre sur les lieux d'activités : **Oui** **Non**

4/ autorise les personnes citées ci-dessous à récupérer mon enfant et décharge l'établissement d'accueil de toute responsabilité.

NB : Toute personne devra justifier de son identité sans quoi l'enfant ne lui sera pas confié.

NOM et Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

5/ autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité : **Oui** **Non**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES :

1/ Je soussigné(e) autorise l'équipe de direction à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. Il est à rappeler qu'en cas d'urgence, l'enfant sera pris en charge par les pompiers ou le samu : **Oui** **Non**

2/ Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles de contact, des prothèses auditives ou dentaires ... ? **Oui** **Non** si oui, précisez :

3/ Votre enfant a-t-il des allergies ?

Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :
Alimentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :
Autres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :

IMPORTANT : L'enfant fait-t-il l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé ? **Oui** **Non**

Si oui, vous devez impérativement en fournir une copie et prendre contact avec l'équipe de direction de la structure d'accueil concernée.

4/ Vaccinations obligatoires :

DT POLIO (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)	Date du dernier rappel :
--	--------------------------------

5/ Votre enfant a-t-il eu des difficultés de santé particulières (Maladies, Crises convulsives, Hospitalisation, etc) ? **Oui** **Non** si oui, précisez :

6/ A-t-il un traitement au long court ? **Oui** **Non** si oui, précisez :

7/ **Nom – Prénom – n° téléphone médecin traitant** :

8/ Autres recommandations utiles :

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR :

- Attestation de Quotient Familial CAF **ou à défaut** le dernier avis d'imposition N-1
- Justificatif de domicile (- de 3 mois)
- Photocopie vaccinations obligatoires (DT POLIO)

Je soussigné(e)responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et déclare avoir pris connaissance des projets éducatifs et pédagogiques de la structure d'accueil concernée (documents disponibles sur site).

Fait le :, Signature (Faire précéder la mention «*lu et approuvé*»):