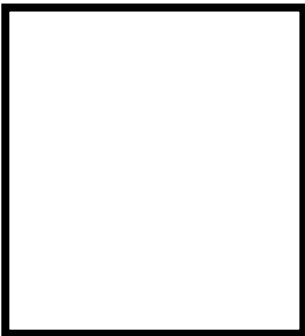


**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**



**1) MINEUR-E ACCUEILLI-E**

NOM : .....PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... GARCON  FILLE

**2) RESPONSABLE(S) DU OU DE LA MINEUR-E**

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

Tel fixe et/ou portable Domicile : .....Tel fixe et/ou portable travail : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

Tel fixe et/ou portable Domicile : .....Tel fixe et/ou portable travail : .....

NOM et Téléphone du médecin traitant : .....

**3) VACCINATIONS** (le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner le nom et prénom de la personne concernée)

VACCINS* OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

\* rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineur-es jusqu'à 13 ans

**4) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**a) Des troubles de santé sont ils présents chez le ou la mineur-e ?**

Allergies alimentaires : NON  OUI  Préciser à quoi : .....

Allergies médicamenteuses : NON  OUI  Préciser à quoi : .....

Autres allergies : NON  OUI  Préciser à quoi : .....

Asthme : NON  OUI

Diabète : NON  OUI

Epilepsie : NON  OUI

Autres : NON  OUI  Préciser : .....

**Si oui, prendre contact avec la Direction pour la mise en place d'un éventuel PAI**

**b) Un traitement médical régulier est- il suivi ?** NON  OUI

**Si oui, prendre le contact avec la direction pour la mise en place d'un éventuel PAI (projet d'accueil Individualisé). Les modalités de mise en place de ce protocole seront à discuter avec la direction.**

**c) Ce trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou durant le séjour avec hébergement ?** NON  OUI

**Si oui, prendre contact avec la direction pour la mise en place d'un éventuel PAI**

**d) Autres difficultés de santé et précautions à prendre** (suivi spécialisé, situation de handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opérations, ...) : .....

**Si oui, prendre contact avec la Direction pour la mise en place d'un éventuel PAI**



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 5) Régime alimentaire : quel est le régime alimentaire de votre enfant ?

Sans restriction       Sans porc       Sans viande

### 6) RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALÉES PAR LES PARENTS (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, problème d'énurésie, ...):

.....  
.....

### 7) Liste des Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom :	Prénom :	Adresse :	Téléphone

Nous vous rappelons que ces personnes doivent être munies d'une pièce d'identité pour être autorisées à récupérer l'enfant.

### 8) DECLARATION DES PARENTS :

Je soussigné-e .....responsable légal-e de l'enfant..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et :

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Association ARCHIPEL et/ou du séjour organisé.
- **Autorise mon enfant à rentrer par ses propres moyens (seulement pour les collégien-nes et lycéen-nes) :**
  - **Oui**      **Non**
- Autorise et engage mon enfant à participer à toutes les activités et aux sorties organisées par l'Association ARCHIPEL
- Autorise les responsables à faire pratiquer toute intervention médicale et/ou chirurgicale de première urgence qui s'avérerait nécessaire en cas d'accident.
- Autorise pour le **DROIT A L'IMAGE**, à titre gratuit, l'Association ARCHIPEL à :
  - Photographier ou filmer sur supports analogiques et/ou numériques.
  - Utiliser ces supports pour la promotion, la communication de l'association en interne et en externe.
  - Reproduire ou diffuser ces œuvres photographiques et audiovisuelles par télédiffusion (voie hertzienne, câble, satellite), par réseaux numériques (réseaux sociaux, plateformes d'informations), par reproduction sur supports numériques (DVD, ...), par supports imprimables (presse écrite, livre pédagogique...).

*La reproduction et la diffusion sont autorisées pour l'Association ARCHIPEL par tous les moyens et procédés audiovisuels et écrits et ce sur l'ensemble du territoire de l'Union Européenne et pour une durée de 50 ans.*

Je déclare abandonner, sans contrepartie à l'Association ARCHIPEL les droits d'exploitation ainsi que tout droit à l'image s'y rapportant.

Oui      Non  

Je soussigné-e, ....., responsable légal-e de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du ou de la mineur-e.

Date :

Signature(s) :

Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles à la Direction de l'accueil de mineurs. Les informations communiquées restent confidentielles et seront restituées aux familles à la demande de celles-ci. Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans. Toutes modifications en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devront être signalées au Directeur.