

Le Clos du Vivier 3- 10 ans
T-PAKAP 6 - 10 ans

**FICHE DE
LIAISON SANITAIRE
2024/2025
ACCUEIL DE LOISIRS**

du 1er sept 2024 au 31 août 2025

MERCI D'ECRIRE EN LETTRES MAJUSCULES

ENFANT :

NOM : Prénom :

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

École : Classe :

Enfant scolarisé hors commune : Oui Non

RESPONSABLES LEGAUX :

Parent 1 (Mère- Père - Beau-père - belle mère – tuteur – placement)

NOM : Prénom :

Adresse :

Quartier de Gradignan : Barthez Cantaranne/Lange Canteloup/Mandavit Centre ville
Chartrèze/Ornon Malartic St Géry/Favard

Tél portable :

Travail : Poste n° : Mail :

Parent 2 (Mère- Père - Beau-père - belle mère – tuteur – placement)

NOM : Prénom :

Adresse :

..... Quartier de Gradignan :

Tél portable:

Travail : Poste n° : Mail :

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

NOM : Prénom :

Adresse :

Tél portable :

Travail : Poste n° : Mail :

N° Allocataire CAF Nom - prénom bénéficiaire Nombre d'enfants à charge.....

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



Je soussigné(e) -----

autorise l'équipe d'animation :

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, et à être contacté d'urgence si je suis injoignable. *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 remplir le PAI EPAJG et prendre contact avec l'équipe de direction de la structure d'accueil concernée (à télécharger sur le site internet de la ville).

4/ Vaccinations obligatoires :

Pour les enfants nés **depuis** 2018 :

11 vaccins obligatoires

Date du dernier rappel :

Pour les enfants nés **avant** 2018 :

Vaccination contre la DT Poliomyélite -

Date du dernier rappel :

5/ Votre enfant est-il en situation de handicap ? **Oui** **Non**

Si oui, précisez le type de handicap :

Si oui, bénéficiez vous de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) ? **Oui** **Non**

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

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

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

9/ Autres recommandations utiles :

PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR : à « scolaire@ville-gradignan.fr »

- Attestation de Quotient Familial CAF
- Justificatif de domicile (- de 3 mois)
- Photocopie vaccinations obligatoires

Selon l'article L 227-5 du code de l'action sociale et des familles, nous vous informons de l'obligation de souscrire, par les responsables légaux, un contrat d'assurance (responsabilité civile) afin de couvrir vos enfants lors de dommage(s) occasionné(s) dans le cadre des activités proposées.

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*») :