

FICHE DE LIAISON 2023



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Le jeune suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES :	ASTHME	oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/>
	MEDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/>
	ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/>

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....
.....
.....

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE :

.....

VOTRE ENFANT A-T-IL D'AUTRES SOUCIS DE SANTE :

.....

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.

Date : Signature :

RENSEIGNEMENTS

Nom et Prénom du jeune :

Date de naissance :

Nom et Prénom du représentant légal :

Adresse postale :

Adresse électronique :@.....

Tel Portable parent 1 :/...../...../...../...../..... **Tel Portable parent 2 :**/...../...../...../.....

Tel. Travail parent 1 :/...../...../...../..... **Tel. Travail parent 2 :**/...../...../...../.....

En cas d'urgence, si les parents ne sont pas joignables, l'équipe d'animation peut contacter :

M./ Mme : **Tel. :**/...../...../...../.....

MEDECIN

Nom du médecin qui suit l'enfant :

Adresse :

Tel. du cabinet :

VACCINATIONS

- Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé (DT Polio)



AUTORISATIONS PARENTALES 2023

Je soussigné(e) _____

Adresse : _____

Parent du jeune : _____ Date de naissance : _____

DÉLÉGATION DE POUVOIR

J'autorise Mme PAIN Julie, directrice de l'accueil pré-ado LAY z'itinérantes, à prendre en cas d'urgence, toutes décisions nécessitées par l'état de santé de mon enfant (transport, hospitalisation et intervention chirurgicale). Cette autorisation vaut dans le cas de l'impossibilité de me joindre ...

AUTORISATIONS PARENTALES

Pour les sorties :

Je déclare autoriser mon enfant à participer aux sorties à but éducatif, pédagogique, culturel, sportif, organisées par l'accueil pré-ado LAY z'itinérantes, et à utiliser les moyens de transport légaux prévus par la directrice de l'accueil.

AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise mon enfant à quitter seul(e) le lieu d'activité à l'heure de fin de cette dernière :

- lorsque l'activité se déroule sur la commune où il habite oui non
- lorsque que l'activité se déroule sur une autre commune que celle où il habite oui non

AUTORISATION DE DIFFUSION

Dans le cadre des activités pédagogiques réalisées par les jeunes, des photographies, des enregistrements sonores ou des créations de toutes natures peuvent faire l'objet de diffusions.

Quelques exemples : affichage, articles ou photos d'enfants dans la presse locale, création d'un site Internet, page Facebook.

La législation nous demande de recueillir votre autorisation.

Je donne mon accord à :

- la diffusion de photographies de mon enfant oui non
- la diffusion d'enregistrements sonores de sa voix oui non
- la diffusion de créations réalisées par mon enfant oui non

Ajouter la mention manuscrite : Lu et approuvé, Bon pour accord.

Fait à _____, le _____

Signature