

**Si vous avez signalé des difficultés de santé et dans l'intérêt de l'enfant
Contactez le responsable de la structure d'accueil**

*

En cas d'urgence, j'autorise le responsable de la structure à prendre les mesures nécessaires pour l'appel des secours,

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2

Conformément à l'article L227-5 (code de l'action sociale et des familles), les personnes organisant l'accueil des mineurs mentionné à l'article L.227-4 sont également tenues d'informer les responsables légaux des mineurs concernés de leur intérêt de souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquels ils participent.

*Mr, Mmedéclare
avoir pris connaissance de l'information citée ci-dessus.*

Le.....

Signature

A l'attention des responsables légaux

Coordonnées de l'organisateur : **CENTRE SOCIAL MUNICIPAL**

Avenue Louis Fouchère — 58640 VARENNES-VAUZELLES

Téléphone : **03.86.71.85.44**



Accueil collectif de mineurs

Fiche sanitaire de liaison

**Direction départementale
de la cohésion sociale
et de la protection des populations
de la Nièvre**

Ce document permet de recueillir des éléments administratifs et certains éléments de la santé de l'enfant.

Merci de remplir le document lisiblement en lettre majuscule.

Nom, prénom de l'enfant :

Date de naissance : __ / __ / ____

sexe : F / G

Etablissement Fréquenté :

Représentant légal 1 : Père, Mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)

Nom, prénom :

Adresse :

☎ : domicile :

travail :

portable :

Représentant légal 2 : Père, Mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)

Nom, prénom :

Adresse :

☎ : domicile :

travail :

portable :

Personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence :

Nom, prénom :

Adresse :

☎ : domicile : travail : portable :

Lien avec l'enfant :

Nom, prénom :

Adresse :

☎ : domicile : travail : portable :

Lien avec l'enfant :

Nom, prénom :

Adresse :

☎ : domicile : travail : portable :

Lien avec l'enfant :

Les responsables légaux autorisent ces personnes à venir chercher l'enfant dans la structure

Assurance responsabilité civile : (joindre attestation ou justificatif)

Compagnie :

Numéro d'adhérent :

Renseignements sanitaires

Vaccinations : (obligatoire)

Fournir la photocopie du carnet de vaccination en vérifiant que le nom de l'enfant est clairement mentionné. A défaut, remplir le document ci-joint ou fournir une attestation de vaccination d'un médecin.

*

Indiquez ci-dessous les éléments médicaux qui sont susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil

Maladies ou allergies sévères connues : (exemple diabète, asthme, allergies alimentaires, ...)

Conduite à tenir spécifique (sommeil, hygiène, alimentation ... port de lunettes, port d'appareillage auditif, ...)

Traitement médicamenteux : (susceptibles d'avoir des répercussions sur le temps de l'accueil)

Si le traitement doit être pris sur le temps de l'accueil contactez **IMPERATIVEMENT** le responsable de la structure d'accueil.

Allergies médicamenteuses connues :