

# LES P'TITS LYNX - FICHE DE LIASON

NOM du mineur : .....

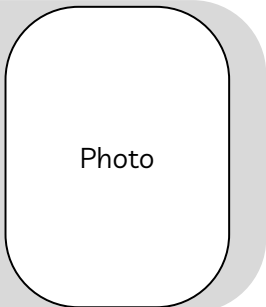
Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Âge : ..... ans

Sexe : masculin  féminin

Scolarisé à l'école : .....

Classe (niveau) : .....



Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en accueil de loisirs)

## 1 - RESPONSABLES LEGAUX DU MINEUR

**Responsable n°1** - lien de parenté : .....

NOM : ..... Tel. portable : .....

Prénom : ..... Tel. professionnel : .....

Adresse : .....

**Responsable n°2** - lien de parenté : .....

NOM : ..... Tel. portable : .....

Prénom : ..... Tel. professionnel : .....

Adresse : .....

## 2 - FACTURATION DES PRESTATIONS

Nom - Prénom : ..... Mail : .....

Joindre obligatoirement une copie du QF CAF et une attestation de domicile. Dans le cas contraire le tarif extérieur le plus élevé sera appliqué.

## 3 - VACCINATION

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination. Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre obligatoirement un certificat médical de contre-indication

## 4 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

Poids : ..... kg Taille : ..... cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

### ALLERGIES

#### Alimentaires

oui  non  Précisez : .....

#### Médicamenteuses

oui  non  Précisez : .....

#### Autres (animaux, plantes, pollen)

oui  non  Précisez : .....

Si oui, merci de joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur a-t-il un **traitement médical ou un PAI** ? oui  non

Si oui, merci de joindre une ordonnance/protocole récent(e), une autorisation parentale et les médicaments correspondants (boîte de médicaments, avec la notice, dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant.)

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier** qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?  
Si oui, préciser.

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'un appareil dentaire ou auditif, comportement à prendre en compte, difficulté de sommeil, énurésie ...

## Médecin traitant

Nom - Prénom : ..... Tel : .....

## 5 - VIE QUOTIDIENNE

### Régime alimentaire

Sans porc oui  non  Sans viande oui  non  Sans poisson oui  non

### Repos des 3-5 ans

Sieste obligatoire oui  non  Sieste selon ses envies / besoins oui  non

### Baignade

Sait nager oui  non

## 6 - AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à :

Participer aux activités organisées par l'ACM oui  non

Participer aux sorties organisées par l'ACM (transport à pieds, autobus, autocar, vélo ...) oui  non

Rentrer seul à la fin des activités - 11h45/18h - (uniquement pour les enfants âgés de 9 à 11 ans) oui  non

Etre photographié ou filmé dans le cadre des activités de l'ACM oui  non

Usage interne : affichage, activités ... Usage externe : presse, magazine de la ville, communication du prestataire ...

Recevoir les soins, interventions médicales ou hospitalisation nécessaires. Ces mesures pouvant être prises par la responsable de l'ACM le cas échéant. oui  non

Partir avec une personne autorisée (autre que les responsables légaux) oui  non

### Liste des personnes autorisées

Nom - Prénom : ..... Tel : ..... Lien : .....

Nom - Prénom : ..... Tel : ..... Lien : .....

Nom - Prénom : ..... Tel : ..... Lien : .....

Nom - Prénom : ..... Tel : ..... Lien : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.  
Date : ..... Signature : .....