

MINISTÈRE  
DE LA JEUNESSE,  
DES SPORTS  
ET DE LA  
VIE ASSOCIATIVE

Direction  
régionale de  
BOURGOGNE

## Accueil de mineurs Fiche de liaison

Ce document permet de recueillir des éléments administratifs et certains éléments de la santé de l'enfant. Vous devez remettre cette fiche à l'organisateur de l'accueil de l'enfant, sous enveloppe cachetée. Merci de remplir le document lisiblement en lettre majuscule.

Nom , prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .. / .. / .....

Sexe : F / G

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

Nom , prénom .....

Adresse

☑ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....

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

Nom , prénom .....

Adresse

☑ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....

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

Nom , prénom .....

Adresse

☑ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....

Nom , prénom .....

Adresse

☑ : Domicile..... Travail..... Téléphone portable.....

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

Assurance responsabilité civile : ( si possible 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 a 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 le responsable**.  
Cela doit rester **exceptionnel**, et la copie de l'ordonnance en cours de validité est obligatoire.

Allergies médicamenteuses connues :

**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

A l'attention des responsables légaux

Coordonnées de l'organisateur :

Personne à joindre :