

D)Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération ...):

Si oui, **prendre contact avec le Directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI**

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

4)RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS (l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie ...):

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

5)RESPONSABLE(S) DU MINEUR

NOM : PRENOM :

Adresse :

Tel fixe et/ou portable Domicile :

Tél fixe et/ou portable travail :

NOM : PRENOM :

Adresse :

Tel fixe et/ou portable Domicile :

Tél fixe et/ou portable travail :

NOM et Téléphone du médecin traitant :

Je soussigné,, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date : Signature(s) :

Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles au Directeur de l'accueil de mineurs. Les informations communiquées restent confidentielles et seront restituées aux familles. Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans. Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée au Directeur

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR :

COORDONNEES DE L'ACCUEIL DE MINEURS :



MPT l'olivier Bleu
Centre Social Sportif et Culturel
Léo Lagrange Méditerranée
Traverse de l'école de l'oasis 13015 Marseille
Tel: 04.91.60.87.72



FICHE DE RENSEIGNEMENTS
ACM ADOS 2018 /2019

L'ENFANT

NOM :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Etablissement scolaire fréquenté : Classe :

L'enfant bénéficie-t-il d'une AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire) ou d'un AESH (Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap) : Oui Non

PARENT - responsable légal de l'enfant : lien de parenté :

NOM :Prénom :

Adresse :

Coordonnées : Fixe.....

Bureau.....

Portable.....

Mail.....

PARENT - responsable légal de l'enfant lien de parenté :

NOMPrénom :

Adresse :

Coordonnées : Fixe.....

Bureau.....

Portable.....

Mail.....

Rappel : tout changement de numéro de téléphone des responsables légaux doit impérativement être transmis au Directeur de l'accueil Collectif de Mineurs.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

Régime général Régime maritime MSA/EDF/GDF/SNCF/RATP

Adresse du centre payeur :

N° de CAF :

QF : Date d'effet :

Assurance responsabilité civile :

Profession parent 1 : Employeur :

Profession parent 2 : Employeur :

Nombre d'enfants dans la famille :

Numéro de Sécurité Sociale (de rattachement de l'enfant) :
.....

AUTORISATIONS :

Je soussigné(e) Madame et/ou Monsieur....., responsable de
l'enfant.....

L'autorise à partir seul le soir : Oui Non

Autorisation de photographier, filmer et publier: Oui Non

Intervention médicale/d'urgence: Oui Non

Transport: Oui Non

Autorise mon enfant à participer à toutes les sorties extérieures de proximité
(en respect de la réglementation des accueils jeunes) Oui Non

Personnes habilitées à venir chercher votre enfant en votre absence en présentant une pièce d'identité :

Nom :(:...../...../...../...../.....

Nom :(:...../...../...../...../.....

Si interdiction de récupération de l'enfant :

Nom et prénom de la personne interdite de récupérer l'enfant

Il faut impérativement fournir un justificatif en cas d'interdiction de récupération.

Ces autorisations sont consenties à titre gracieux pour trois ans à compter de la signature.

La participation d'un enfant à l'accueil de jeunes vaut acceptation par les familles des dispositions générales du règlement intérieur de l'accueil de jeunes et engagement à les respecter.

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Déclare avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur

Fait à..... Le.....

Signature

MPT l'olivier Bleu Centre Social Sportif et Culturel
Léo Lagrange Méditerranée
Traverse de l'école de l'oasis 13015 Marseille
Tel: 04.91.60.87.72



PREFECTURE des BOUCHES du RHÔNE

Direction Départementale Déléguée de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale –
Bouches du Rhône

Accueils Collectifs de Mineurs à Caractère Éducatif

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1) MINEUR ACCUEILLI

NOM:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

GARÇON FILLE

POIDS DU MINEUR:

2) VACCINATIONS (le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner le nom et prénom du mineur concerné)

VACCINS* OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

3) MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI RENSEIGNEMENTS

a) Le mineur présente-t-il des troubles de santé?

Allergies alimentaires: NON OUI Préciser à quoi :

Allergies médicamenteuses : NON OUI Préciser à quoi :

Autres allergies: NON OUI Préciser à quoi :

Asthme : NON OUI

Diabète: NON OUI

Epilepsie: NON OUI

Autres : NON OUI Préciser :

b) Le mineur suit-il un traitement médical régulier? NON OUI

Si oui, prendre le contact avec le directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI (projet d'accueil individualisé). Les modalités de mise en place de ce protocole seront à discuter avec la direction.

c) Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement ?

NON

OUI

Si oui, prendre contact avec le Directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI