

- Le Clos du Vivier 3- 10 ans
- T-PAKAP 6 - 10 ans
- Le Château Malartic : 6 – 10 ans
- Accueil de Loisirs Ados : 11 – 15 ans
- Le tROCKé : 15 – 25 ans
- L'Espace Barthez : 6-10 ans / 11-17 ans

**FICHE DE  
LIAISON SANITAIRE  
2023/2024  
ACCUEIL DE LOISIRS**  
du 1er sept 2023 au 31 août 2024

**MERCI D'ECRIRE EN LETTRES MAJUSCULES**

**ENFANT :**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe :  Féminin  Masculin

École : ..... Classe : .....

Enfant scolarisé hors commune :  Oui  Non

Je soussigné(e), ..... autorise les animateurs à correspondre  
avec mon fils/ma fille, par téléphone, SMS et/ou mail et/ou réseaux sociaux  Oui  Non

} Ados  
uniquement

N° Tél portable ..... Mail.....  Oui  Non

**RESPONSABLES LEGAUX :**

**Parent 1 (Mère- Père - Beau-père - belle mère – tuteur – placement )**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Quartier de Gradignan : Barthez  Cantaranne/Lange  Canteloup/Mandavit  Centre ville   
Chartrèze/Ornon  Malartic  St Géry/Favard

Tél portable : .....

Travail : ..... Poste n° : ..... Mail : .....

**Parent 2 (Mère- Père - Beau-père - belle mère – tuteur – placement )**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

..... Quartier de Gradignan : .....

Tél portable: .....

Travail : ..... Poste n° : ..... Mail : .....

**AUTRE (Mère- Père - Beau-père - belle mère – tuteur – placement )**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél portable : .....

Travail : ..... Poste n° : ..... Mail : .....

N° Allocataire CAF ..... Nom - prénom bénéficiaire ..... Nombre d'enfants à charge.....

Régime Sécurité Sociale : Régime général  Régime MSA  Autre  A préciser : .....



Je soussigné(e) -----

**autorise l'équipe d'animation :**

1/ à prendre mon enfant en photo ou film, dans le cadre des animations proposées :  Oui  Non

2/ à utiliser ces photos ou films (ex : pour les programmes d'activités, le site internet de la Ville, etc) :  Oui  Non

3/ à transporter mon enfant dans un véhicule de l'équipe ou le minibus de l'EPAJG pour se rendre sur les lieux d'activités :  Oui  Non

4/ autorise les personnes citées ci-dessous à récupérer mon enfant et décharge l'établissement d'accueil de toute responsabilité, et à être contacté d'urgence si je suis injoignable. NB : Toute personne devra justifier de son identité sans quoi l'enfant ne lui sera pas confié.

NOM et Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

5/ autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité :  Oui  Non

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES :**

1/ Je soussigné(e) ..... autorise l'équipe de direction à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. Il est à rappeler qu'en cas d'urgence, l'enfant sera pris en charge par les pompiers ou le samu :  Oui  Non

2/ Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles de contact, des prothèses auditives ou dentaires ?  Oui  Non si oui, précisez : .....

**3/ Votre enfant a-t-il des allergies ?**

Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez : .....
Alimentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez : .....
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez : .....
Autres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez : .....

**IMPORTANT :** L'enfant fait-t-il l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé ?  Oui  Non

**Si oui, vous devez impérativement remplir le PAI EPAJG et prendre contact avec l'équipe de direction de la structure d'accueil concernée (à télécharger sur le site internet de la ville).**

**4/ Vaccinations obligatoires :**

Pour les enfants nés après 2018 :

11 vaccins obligatoires

Date du dernier rappel : .....

Pour les enfants nés avant 2018 :

Vaccination contre la DT Poliomyélite -

Date du dernier rappel : .....

5/ Votre enfant est-il en situation de handicap ?  Oui  Non

Si oui, précisez le type de handicap : .....

Si oui, bénéficiez vous de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) ?  Oui  Non

6/ Votre enfant a-t-il eu des difficultés de santé particulières (Maladies, Crises convulsives, Hospitalisation, etc) ?  Oui  Non si oui, précisez : .....

7/ A-t-il un traitement au long court ?  Oui  Non si oui, précisez : .....

8/ Nom – Prénom – n° téléphone médecin traitant : .....

9/ Autres recommandations utiles : .....

**PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR :**

- Attestation de Quotient Familial CAF ou à défaut le dernier avis d'imposition N-1
- Justificatif de domicile (- de 3 mois)
- Photocopie vaccinations obligatoires

**Selon l'article L 227-5 du code de l'action sociale et des familles, nous vous informons de l'obligation de souscrire, par les responsables légaux, un contrat d'assurance (responsabilité civile) afin de couvrir vos enfants lors de dommage(s) occasionné(s) dans le cadre des activités proposées.**

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et déclare avoir pris connaissance des projets éducatifs et pédagogiques de la structure d'accueil concernée (documents disponibles sur site).

Fait le : ....., Signature (Faire précéder la mention «lu et approuvé») :