



# FICHE DE LIAISON ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexe :  M  F

Etablissement scolaire : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

NOM DU RESPONSABLE 1 (si différent du Nom de l'enfant) : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

**NOM DU MEDECIN TRAITANT :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE :** \_\_\_\_\_ **☎ :** \_\_\_\_\_

**VACCINATIONS :** A jour  Oui  Non

### ETAT DE SANTE

Pour toutes formes d'allergies, situation de handicap ou problématique médicale nécessitant un accueil spécifique de l'enfant, sur présentation de certificat médical ou d'allergologue la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) est obligatoire.

- Un PAI est-il déjà en place :  Oui  Non Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ et précisez : \_\_\_\_\_
- Allergie(s) Alimentaire(s) :  Oui  Non Précisez : \_\_\_\_\_
- Allergie(s) Médicamenteuse(s) :  Oui  Non Précisez : \_\_\_\_\_
- Asthme :  Oui  Non Précisez : \_\_\_\_\_
- Autre(s) difficulté(s) de santé nécessitant une surveillance particulière : \_\_\_\_\_

Aucun médicament ne sera administré à votre enfant s'il n'est pas prévu dans un PAI (sauf Multi-Accueil sur ordonnance)

### INFORMATIONS UTILES A L'ACCUEIL DE L'ENFANT

Votre enfant porte-t-il des lunettes  lentilles de contact  appareil dentaire  appareil auditif

Précautions à prendre pour certaines activités : \_\_\_\_\_

### L'enfant a un régime alimentaire particulier :

Repas sans porc  Repas sans viande

L'enfant a des dégoûts pour un aliment : \_\_\_\_\_

Le service de restauration prendra éventuellement contact avec les familles pour la prise en compte ou non du régime particulier.

## PERSONNES A CONTACTER (différentes des responsables légaux)

Les contacts mentionnés doivent correspondre à des personnes facilement joignables et rapidement mobilisables, à l'exclusion de tout mineur. Il est recommandé de présenter ces personnes au préalable. L'enfant sera remis à la personne désignée sur présentation d'une pièce d'identité. Il est recommandé de prévenir le responsable de l'activité par téléphone en cas d'imprévu.

**CONTACT 1** Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

A contacter en cas d'urgence  Autoriser à venir chercher l'enfant

Lien avec l'enfant :  Ami  Assistant maternel  Grand- parent  Autre, précisez :

☎ domicile : \_\_\_\_\_ ☎ portable : \_\_\_\_\_ ☎ professionnel : \_\_\_\_\_

**CONTACT 2** Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

A contacter en cas d'urgence  Autoriser à venir chercher l'enfant

Lien avec l'enfant :  Ami  Assistant maternel  Grand- parent  Autre, précisez :

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

## ASSURANCE DE L'ENFANT (obligatoire)

Pour toute participation aux activités municipales rattachées à ce dossier, votre enfant doit être couvert par une assurance extrascolaire ou responsabilité civile individuelle accident corporel en cours de validité (couvrant les dommages que l'enfant pourrait causer à autrui)

Copie de l'attestation remise le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## AUTORISATIONS DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

- Pour les enfants scolarisés en élémentaire, j'autorise mon enfant à sortir seul à la fin des activités (accueil périscolaire, NAP) :  Oui  Non
- J'autorise la Ville de Gueugnon à prendre des photos et à les utiliser pour une utilisation sur différents supports (Site de la Ville, Presse, Exposition, tous supports municipaux) :  Oui  Non
- J'autorise mon enfant à participer à des sorties extérieures et à utiliser le cas échéant les transports nécessaires (sous la surveillance d'un accompagnant).
- J'autorise le responsable de l'activité à prendre toutes les mesures en cas d'urgence médicale concernant la santé de mon enfant, y compris le transport à l'hôpital par les autorités compétentes où pourront être pratiqués les actes que son état nécessitera (Les parents seront prévenus dès l'appel des secours)

### Uniquement pour les enfants accueillis au Multi-Accueil (crèche) :

J'autorise la responsable à administrer à mon enfant :

- les médicaments prescrits par le médecin traitant, uniquement sur présentation d'une ordonnance
- un traitement antithermique en cas de fièvre supérieur à 38°5 et selon le protocole établi par le médecin de l'établissement

## DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, certifie l'exactitude des renseignements portés sur le présent dossier d'inscription. Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'inscription et des règlements intérieurs des différentes structures pour lesquelles je demande l'inscription de mon (mes) enfant(s) et déclare accepter les modalités.

Date :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »: