

ENFANT : NOM.....Prénom..... Date de naissance...../...../.....Sexe Garçon Fille

Adresse Lieu de naissance.....

Code Postal Ville.....

Situation familiale des parents : en couple séparé(es) veuf/veuve

En cas de séparation ou absence d'autorité parentale : Fournir IMPERATIVEMENT la copie du jugement

FAMILLE D'ACCUEIL OUI NON **PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE AVANT LES PARENTS**

NOM.....Prénom..... Tel.....

Email.....

Adresse

Code Postal.....Ville.....

PARENT 1Autorité Parentale oui non

NOM.....

Prénom.....

Adresse.....

Code Postal.....Ville.....

Tel domicile.....

Tel mobile.....

Tel pro.....

Email.....

Profession.....

PARENT 2Autorité Parentale oui non

NOM.....

Prénom.....

Adresse.....

Code Postal.....Ville.....

Tel domicile.....

Tel mobile.....

Tel pro.....

Email.....

Profession.....

Adresse de facturation si différente - Possibilité de payer vos factures en ligne sur le site www.ccpm.fr rubrique VIVRE – ou par prélèvement

NOM.....Prénom

Adresse.....

REGIME CAF MSA Autre.....

Autorisation CAF PRO N° allocataire.....(sans ce N° allocataire, le tarif le plus élevé sera appliqué)

PERSONNES AUTORISEES à venir chercher l'enfant**L'enfant ne sera pas confié à une autre personne sans autorisation écrite de son responsable. Toute personne inconnue des responsables des services devra présenter une pièce d'identité.****Fournir obligatoirement une autorisation parentale si personne mineure**NOM.....Prénom.....Tel.....Parentée..... **1** NOM.....Prénom.....Tel.....Parentée..... **2** NOM.....Prénom.....Tel.....Parentée..... **3** NOM.....Prénom.....Tel.....Parentée..... **4**

Si besoin, ajouter les personnes supplémentaires sur la feuille de modification jointe

MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	PRENOM :
--------------	-----------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (projet d'accueil individualisé) ? Oui Non

Si oui, joindre obligatoirement une copie (ordonnance, fiche conduite à tenir...) et la trousse d'urgence avec le matériel nécessaire et les médicaments.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Fournir une photocopie du carnet de santé

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre **une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).**

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME Oui Non
- ALIMENTAIRES Oui Non
- MEDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication, le signaler)**

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui Non

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : **PRENOM :**

TEL DOMICILE **TEL TRAVAIL :** **TEL PORTABLE**

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

.....

N° SECURITE SOCIALE dont dépend l'enfant)(OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

AUTORISATION PARENTALE

En cas d'accident ou de maladie, en fonction des soins nécessaires,

le responsable de l'établissement ou l'agent de la Communauté de Communes du Pays de Trie et du Magnoac,
fera appel aux **POMPIERS** (Tel : 18) et vous préviendra immédiatement.

Je soussigné(e) NOM.....Prénom.....

Autorise, le cas échéant, le responsable de l'établissement et le personnel encadrant l'enfant au moment de l'évènement, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant, y compris les services de secours (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales), pour l'admission en établissement de soins et à faire sortir l'enfant de l'hôpital après hospitalisation : oui non

Autorise mon enfant à quitter seul **les accueils**

	à partir de 17 h SOIR Heure de départ	à partir de 16 h 30 MERCREDI Heure de départ	à partir de 16 h 30 VACANCES Heure de départ
LUNDI	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
MARDI	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
MERCREDI		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
JEUDI	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
VENDREDI	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

AUTORISATION AU DEPLACEMENT

Autorise, si nécessaire, mon enfant à quitter l'établissement encadré d'un animateur dans le cadre des activités d'accueils pendant la pause méridienne : oui non

Autorise les agents de la CCPTM à transporter mon enfant dans un véhicule de la collectivité pour participer aux activités et/ou après l'APC : oui non

AUTORISATION À L'IMAGE

- **Autorise** à prendre des photos de mon enfant
qui seront publiées sur tous les médias et réseaux sociaux : oui non
- **Autorise** à prendre des photos de mon enfant
sur le temps d'animation et de vie quotidienne, qui seront publiées **uniquement** sur le site internet de votre choix :
la Communauté de Communes du Pays de Trie et du Magnac la presse locale Facebook Instagram
TikTok
- **N'autorise PAS** à prendre des photos de mon enfant

En signant cette fiche, vous déclarez avoir pris connaissance du règlement intérieur et attestez l'exactitude des informations transmises. **AUCUN CHANGEMENT NE SERA PRIS EN COMPTE SANS PASSER AU BUREAU DE LA CCPTM**

Date et Signature,

Famille d'accueil

PAI

Nom :

Prénom :

EXTERIEUR



Prénom :

Jugement

Famille d'accueil

PAI

Dossier d'inscription

Année 2024-2025

Service Enfance

Extérieur

Nom :

EXTERIEUR