

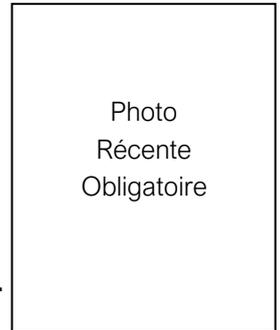
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DOSSIER UNIQUE

À REMPLIR IMPERATIVEMENT PAR LA FAMILLE

Périscolaire – Accueil de Loisirs
contact.meyreuil@utse.ifac.asso.fr

Restauration scolaire
m.rosso@ville-meyreuil.fr

ANNEE 2025-2026



• RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom, Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Classe :

Poids du mineur :Kg

Ecole fréquentée : V.Arène R. Lagier L.. Chazal A. Terzaguan Autre

• RESPONSABLE(S) DU MINEUR

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

Domicilié :

Domicilié : (si différent)

C.P. : Ville :

C.P. : Ville :

Profession :

Profession :

Employeur :

Employeur :

Tél. Domicile :/...../...../...../.....

Tél. Domicile :/...../...../...../.....

Tél. Mobile :/...../...../...../.....

Tél. Mobile :/...../...../...../.....

Tél. Bureau :/...../...../...../.....

Tél. Bureau :/...../...../...../.....

email :

email :

Autres (Tuteur...) : Nom - Prénom : ☎ :/...../...../...../.....

• RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINS* OBLIGATOIRES	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

Rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non - MEDICAMENTEUSES oui non - AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non

Précisez

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il des troubles de santé ? (Asthme – noter type d'asthme-, allergies alimentaires, médicamenteuses, autres allergies, diabète, épilepsie, contre-indication à des activités, autres...), préciser :

.....

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 ?

OUI NON

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

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

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqué au Nom et Prénom du mineur avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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**

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

Médecin traitant : ☎ :/...../...../...../.....

• CONCERNANT LE CENTRE DE LOISIRS

Régime alimentaire : (éviction de l'aliment, pas de modification de menu ou de remplacement de l'aliment)

L'enfant est autorisé à quitter seul le centre de loisirs : oui non

Personnes habilitées (hors parents) à venir chercher votre enfant en présentant une pièce d'identité :

Nom Prénom : Lien : ☎ :/...../...../...../.....

Nom Prénom : Lien : ☎ :/...../...../...../.....

Nom Prénom : Lien : ☎ :/...../...../...../.....

• PIECES A FOURNIR

Attestation d'assurance responsabilité civile d'imposition

Attestation CAF (quotient familial) ou dernier avis

Pages de vaccination précisant le nom de l'enfant

Attestation de bénéficiaire AEEH (le cas échéant)

Adhésion facultative annuelle à l'IFAC : 10 €

Justificatif de priorité meyreullaise :

- De domicile des parents
- Des grands-parents
- De travail sur la commune

• AUTORISATION PHOTO

Dans le cadre des activités que nous organisons avec votre enfant, nous pouvons être conduits à réaliser quelques photographies, individuelles et de groupe, pour alimenter nos archives et agrémenter certains documents de communication du centre de loisirs et /ou de la ville. L'image de votre enfant est donc susceptible de paraître dans ses documents (presse, plaquette d'info, autres bulletins et expositions photos).

En l'inscrivant : vous acceptez de fait, cette éventualité.

vous n'autorisez pas la diffusion de l'image de votre enfant

• AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) responsable légal du mineur,

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'IFAC.
- Autorise le Directeur du centre ou la ville, en cas d'urgence, à faire pratiquer toute intervention jugée utile par le corps médical.
- M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle.
- Certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs de l'Accueil de Loisirs et de la restauration scolaire et m'engage à les respecter

Fait à Le :

Signature(s) :