

## Proposition de fiche de liaison pour les mineurs

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

### Information de l'enfant

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>	<b>Sexe :</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
<b>Date de Naissance :</b>	<b>Adresse :</b>	

#### Accueil :

Dates de l'accueil : **Année 2025**

- ✓ accueil de loisirs
- ✓ accueil de jeunes
- ✓ séjour spécifique (culturels, linguistiques, sportifs, ...)

Nom de l'accueil : **OFFICE MUNICIPAL DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**

#### I - Vaccinations :

Joindre obligatoirement un justificatif des vaccins (photocopie du carnet de santé et du carnet de vaccination, attestation du médecin traitant).

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

#### II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** ?  oui  non

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

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

Rougeole	Varicelle	Oreillons	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

L'enfant est-il sujet aux maladies suivantes ?

Migraine	Otite	Angine	Asthme	Rhumatisme articulaire aigu
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

Allergies : médicamenteuses  oui  non  
alimentaires  oui  non

autres .....

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

### III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

---

### IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Quotient Familial (fournir le justificatif de la CAF ou MSA) :

Adresse Mail :

Adresse :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :

---

#### A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur :

OMJS

10, avenue de besserette - 15100 Saint-Flour

[omisstflour@gmail.com](mailto:omisstflour@gmail.com)

04.71.60.16.00

---

### IV – Départ du mineur :

Je soussigné(e) ..... agissant en tant que père / mère, représentant légal de l'enfant  
..... déclare autoriser les personnes suivantes à récupérer l'enfant nommé ci-dessus à  
l'ACM dénommé

Nom : Prénom : Téléphone : Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom : Téléphone : Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom : Téléphone : Lien avec l'enfant :

Signature :

### V – Droit à l'image :

Je soussigné(e) ..... agissant en tant que père / mère, représentant légal de  
l'enfant ..... autorise :

la prise de photographie le représentant dans le cadre des activités de l'OMJS

la diffusion et la publication de photographies le représentant sur tout support de communication et d'information relatif à la promotion des activités mises en place par l'OMJS (Site Internet, Presse, Réseau sociaux)

n'autorise pas la prise ou la diffusion de photos représentant mon enfant sur les différents supports de communication

Signature :