



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

NOM :	PRENOM :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de Naissance :	Quotient Familial (CAF ou MSA) :	
Adresse :		

Accueil :

Dates de l'accueil : **Année 2026**

- ✓ 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 :

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 bessertette - 15100 Saint-Flour

omjsstflour@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 :