



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

ENFANT :

Nom :

Prénom :

Age:

Né(e) le

à

Sexe ☐ Garçon ☐ Fille

N° portable :

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

Je soussigné(e) ☐ Mme ☐ M

Nom :

Prénom :

Adresse :

Adresse e-mail :

Tél portable :

Tél bureau:

Couverture CMU ☐ Oui ☐ Non

Régime ☐ Sécurité sociale ☐ MSA ☐ Autre

N° allocataire CAF :

Recensement du nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation peut permettre selon les situations l'octroi de financement pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'adolescent(e) dans la structure.

SCOLARISATION DE L'ENFANT :

Nom de l'Établissement ou de l'Institution :

1- Renseignements nécessaires à la prise en charge

Si l'enfant est allergique: ☐ oui ☐ non

(Si oui fournir le PAI)

L'enfant suivra-t-il un traitement durant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

(Si oui, l'ordonnance devra t'être confiée au responsable de la structure avec le traitement)

Autres particularités et précautions à prendre :

Vaccinations obligatoires à jour ? ☐ Oui ☐ Non

(Fournir la copie des pages vaccinations du carnet de santé)

2- Assurance complémentaire

Nous vous rappelons que les garanties : assistance, rapatriement, frais de recherche et de secours, assurance individuelle accident, annulation, interruption de séjour et perte de bagage, ne sont pas comprises dans le prix du séjour. Pour plus de sérénité, nous vous recommandons de vérifier votre couverture personnelle et de la compléter si besoin. En cas d'accident et l'impossibilité d'identifier votre assureur, nous vous demanderons le remboursement des sommes avancées.

☐ J'ai souscrit un contrat d'assistance / rapatriement/Assurance individuelle accident, auprès d'une autre compagnie d'assurance/assistance dont les coordonnées sont les suivantes :

Compagnie.....contrat N° téléphone service d'assistance

☐ Je ne souhaite pas souscrire de contrat d'assistance/Rapatriement/assurance individuelle accident, et je m'engage à rembourser tous les frais que pourrait engager le service Jeunesse de la Ville au titre de ses garanties.

3- EN CAS D'URGENCE : ACCIDENT OU RENVOI

La personne à contacter en mon absence et qui s'engage à accueillir mon enfant en cas de retour anticipé suite à un problème de santé ou à un renvoi est :

☐ Mme, ☐ M, Nom Prénom

Lien de parenté :

Adresse :

Adresse E-mail :

Tél portable :

Tél bureau :

Tél fixe :

Règlement Interne du service Jeunesse :

Pour passer de bonnes vacances, il est essentiel que chaque participant respecte le règlement interne du service jeunesse et les règles de la vie en collective éditées par la ville. Une réunion en début de séjour sera faite pour présenter et expliquer ces différentes règles. En cas de manquement grave à ces règles il peut être décidé du renvoi immédiat sur décision unilatérale de l'équipe en Direction, (violence, brimade, détention ou consommation d'alcool ou de stupéfiant...) En signant ci-dessus le jeune comprend et s'engage à respecter le règlement interne de fonctionnement tel qu'il figure dans les conditions générales d'inscription.

Fait à : le : Signature de l'enfant (précédée de la mention : lu et approuvé)

4- Autorisation de prise en charge du mineur à l'issue du séjour et/ou d'une activité

☐ J'autorise

☐ Mme, ☐ M, Nom Prénom

Lien de parenté :

Adresse :

Adresse E-mail :

Tél portable :

Tél bureau :

Tél fixe :

À prendre en charge mon enfant à la fin du séjour et/ou d'une activité

☐ J'autorise mon enfant à quitter seul le centre à l'issue du séjour et/ou de l'activité

Pour les sorties en soirée, une fiche complémentaire sera à remplir.

5- Informations complémentaires

Régime alimentaire : ☐ Traditionnel ☐ Végétarien ☐ Spécifique lié à la santé

(Si spécifique à un trouble de la santé : transmettre le PAI)

VOTRE ENGAGEMENT

- Je m'engage à joindre tous ces documents à la présente fiche sanitaire de liaison :
 - Une attestation d'aisance aquatique si le séjour comporte au moins une séance de sports nautique et/ou d'activité d'eau vive
 - Une autorisation de sortie du territoire ainsi qu'une photocopie de la carte d'identité et/ou passeport en cas de sortie hors France
 - Une carte européenne de sécurité sociale en cas de sortie du territoire
 - Attestation assurance extrascolaire
 - La copie des pages vaccination du carnet de santé
 - Si PAI : Document de Projet d'Accueil Individualisé qui précise ses besoins thérapeutiques
 - Si suivi complémentaire : Justificatif précisant pour l'enfant ; une prise en charge globale thérapeutique, éducative ou rééducative (PDPC, CMP, CMPP, CATTP, Hôpital de jour).
 - Si PPS : Notification CDAPH - Commission des Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées précisant une orientation (SESSAD, SEA, SEV, SEM, SAFEP) ou un avis favorable pour l'intervention d'un(e) AESH.
 - Si AEEH : Notification précisant l'ouverture des droits à l'AEEH (Allocation d'éducation d'enfant Handicapé)
- Je m'engage à rembourser à la ville l'intégralité des frais avancés éventuellement pour mon compte à l'occasion de frais médicaux, pharmaceutiques, réparation et/ou remplacement du matériel mis à disposition
- Je certifie avoir pris connaissance du programme et des activités prévues lors du séjour et autorise l'enfant à pratiquer ces activités
- Je comprends qu'en l'absence de cette fiche correctement remplie et des documents, ainsi que le paiement associé, l'inscription de l'enfant ne sera pas prise en compte et ne pourra être accueillie lors du séjour
- Toute inscription est ferme et définitive. Aucun remboursement ne sera établi (exception sur présentation d'un certificat médical)
- Je certifie avoir pris connaissance et accepté toutes les clauses des conditions générales d'inscription
- J'accepte toute décision de renvoi de l'enfant et m'engage à le récupérer ou à le faire récupérer par la personne désignée au chapitre 6
- Je déclare exact et sincères tous les renseignements portés en page 1 et 2 de la présente fiche de liaison

Signature du responsable légal précédée de la mention « lu et approuvé »

A

Le __ / __ / __

Conformément à la loi "informatique et libertés" N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données, vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant ou pouvez demander leur effacement. Nous vous précisons que vous pouvez exercer à tout moment votre droit d'accès, de rectification, de limitation, d'opposition et de suppression (sous réserve de dispositions légales en vigueur) auprès du responsable du service (à compléter) et à l'adresse mail : jamme.david@mairie-perpignan.com ou au délégué à la protection des données(DPO) : dpo@mairie-perpignan.com.

Les données papiers et numériques seront conservées le temps de l'année scolaire et ensuite pour une durée maximale de 5 ans dans un archivage intermédiaire légal. Elles seront ensuite détruites.

Le droit d'opposition à l'exploitation d'une photo représentant votre enfant pour une publication (si impression papier) devra être exercé au plus tard lorsque vous serez informé par le service Jeunesse de la date limite avant l'envoi à l'impression chez un prestataire