

FICHE DE LIAISON – Séjour Jeunes 2025 - Barcelone

JEUNE

NOM : Prénom : Sexe : M F
 Né(e) le :/...../..... Lieu de naissance (commune et numéro de département) :
 Adresse de résidence du jeune :

FAMILLE DU JEUNE / NUMEROS D'URGENCE

Responsables légaux : il est important de renseigner les adresses des 2 responsables légaux. Parents séparés ou divorcés, fournir obligatoirement une photocopie de l'extrait de jugement.

	Père	Mère	Autre : conjoint(e)
NOM			
Prénom			
Nom de jeune fille			
Adresse			
Code Postal			
Ville			
☎ Domicile			
☎ Portable			
☎ Travail			
Situation de famille	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Décédé	<input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> Décédée	
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

COURRIEL Obligatoire et lisible	
En cas de placement chez un tiers (famille d'accueil, ...)	Nom et prénom : ☎ : Adresse : Organisme : Personne référente :

AUTRES PERSONNES ADULTES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (Optionnel)	
NOM	
Prénom	
Lien de parenté	
Tél. (obligatoire)	

ASSURANCE

Pour participer au séjour, votre enfant doit au minimum être couvert par une assurance responsabilité civile.

Compagnie d'assurance de l'enfant : **N°police d'assurance :**

DROIT A L'IMAGE (Merci, de faire des croix distinctement dans les cases)

Autorisation photos	J'autorise l'utilisation des photos faites de mon enfant durant les activités afin que celles-ci puissent être diffusées sur le journal Circulaire n°20038-091 du 5 juin 2003 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
----------------------------	---

REGIME ALIMENTAIRE

Aucun régime alimentaire Sans Porc Végétarien

N° de Sécurité Social ___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Médecin traitant : Ville : ☎ :

Votre enfant porte : Des lunettes : Oui Non Un appareil dentaire : Oui Non
Rhésus sanguin

VACCINATION

Joindre la copie des pages « vaccins » du carnet de santé de votre enfant où ses nom et prénom sont visibles ou un certificat médical indiquant que l'enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

- Suivra-t-il un traitement médical (thérapeutique ou contraceptif) pendant le séjour ?

Oui Non

Si oui, joindre la dernière ordonnance et les médicaments correspondants (les médicaments doivent nous être confiés).
Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance.

- A-t-il un projet d'accueil individualisé (PAI) dans le cadre de sa scolarité ?

Oui Non

Si oui, joindre une copie du PAI à ce document.

- Antécédents médicaux

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions :

.....
.....
.....

- Informations facilitant l'accueil du jeune

Personnalité, repères, rituels, goût pour les activités, relation aux autres, besoin en repos, autonomie, hygiène, situation familiale... :

.....
.....
.....

Je soussigné(e), (NOM) _____ (PRENOM) _____
Responsable de l'enfant en tant que (père, mère ou tuteur),
Donne l'autorisation au directeur du séjour de prendre, le cas échéant et après consultation médicale, la décision de soigner, d'opérer mon enfant (NOM) _____ (PRENOM) _____
et de pratiquer les anesthésies générales ou locales pour ses soins durant son hospitalisation.
Je m'engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.
Date : _____ Signature précédée de la mention «lu et approuvé »

Je soussigne,, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : 2025

Signature père

Signature mère