MAIRIE DE SAINT MARC JAUMEGARDE ANNEE 20..... .

SAINT MARC JAUMEGARDE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

Document confidentiel

1 –ENFANT

NOM :

PRÉNOM:

DATE DE NAISSANCE:

GARÇON FILLE

Numéros d'urgences

Portable parent 1 : _____

Portable parent 2 _____

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

2 –VACCINATIONS

(PHOTOCOPIES DES VACCINS OBLIGATOIRE).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 –RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un P.A.I (**Projet d'accueil individualisé)** ? OUI NON

Si OUI, le P.A.I est à remettre au Directeur de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une **ordonnance** récente et des **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur nom de l'enfant). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni sans P.A.I.**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI NON	VARICELLE OUI NON	ANGINE OUI NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI NON	SCARLATINE OUI NON
COQUELUCHE OUI NON	OTITE OUI NON	ROUGEOLE OUI NON	OREILLONS OUI NON	

ALLERGIES: ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR.

VERSO A REMPLIR

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION)
EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

……
……
……

4 - **RECOMMANDATIONS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES,
ETC… PRÉCISEZ

……
……
……

5 -**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

PARENT 1 NOM et PRENOM : ……

PARENT 2 NOM et PRENOM : ……

ADRESSE……

N° de CAF : ……Nom et tel du médecin traitant : ……

6 –**AUTORISATIONS**

Votre enfant (+ de 10 ans) est autorisé à quitter le centre OUI NON

Autorisez vous le service jeunesse à prendre en photo votre enfant pour les besoins de communications (diaporama, newsletter, site internet…)
OUI NON

Autorisez-vous le Directeur à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. OUI NON

L'utilisation du téléphone portable des enfants n'est pas autorisée dans l'enceinte d

Je soussigné(e), …… responsable légal de l'enfant, déclare exactes les renseignements portés sur cette fiche.

Les données sont conservées pendant une durée de 3 ans. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site
traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

En inscrivant mon enfant au centre aéré ou aux activités périscolaires, je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure (disponible en mairie) et j'accepte sans réserve les dispositio
Je m'engage à les respecter et à les faire respecter par mo

Date : **Signature:**