

## Année 2024

### L'enfant

Nom – Prénom :

Adresse :

Date de Naissance

Sexe :

L'enfant sait-il nager ?

### Responsables

| Parents                  | Responsable | Conjoint |
|--------------------------|-------------|----------|
| Nom - Prénom             |             |          |
| Adresse                  |             |          |
| Téléphone                |             |          |
| E-mail                   |             |          |
| N° Allocataire et Caisse |             |          |
| Quotient Familial        |             |          |

### Autres personnes autorisées à récupérer l'enfant

| Nom | Prénom | Qualité | Contact |
|-----|--------|---------|---------|
|     |        |         |         |
|     |        |         |         |
|     |        |         |         |

Pour toute autre personne je m'engage à transmettre l'identité de celle-ci par écrit **auparavant** à l'équipe d'animation.

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) .....

- Autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités organisées durant les temps péri et extra scolaires (Transports inclus).
- Autorise le responsable de l'accueil à faire procéder à toute intervention médicale ou chirurgicale en cas d'extrême nécessité.
- Autorise la collectivité à utiliser mes données personnelles fournies lors de l'inscription de mon enfant dans le cadre du système d'alerte
- Affirme avoir pris connaissance et approuvé le règlement intérieur.
- Autorise l'utilisation de l'image de mon enfant dans la réalisation d'activités pour la promotion de la collectivité.

Documents à fournir :

Assurance extra-scolaire

Photocopies des vaccins

Fait à .....

Signatures des représentants

Le .....

précédées de la mention « lu et approuvé »



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

## 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie                 |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| Tétanos                   |     |     |                            | Haemophilus                |       |
| Poliomyélite              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
|                           |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
|                           |     |     |                            | Pneumocoque                |       |
|                           |     |     |                            | BCG                        |       |
|                           |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

## 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

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

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
MEDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

## 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

## 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

Protection des données :

« Les informations recueillies dans ce formulaire font l'objet d'un traitement de données dont la finalité est la gestion de votre demande. Les destinataires de vos données sont les organisations autorisées (service enfance de la commune de Châtel). Pour plus d'information sur l'utilisation de vos données et l'exercice de vos droits, vous pouvez vous référer à notre politique de données personnelles ou contacter le délégué à la protection de données de la mairie : dpo@mairiedechatel.fr.