

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

NOM :
 PRÉNOM :
 DATE DE NAISSANCE :
 GARCON FILLE

1 – VACCINATIONS

Merci de fournir un certificat médical stipulant que les vaccinations sont à jour.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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 pris sans ordonnance.**

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non PROBLEMES DE SANTE oui non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (obligatoire) :

.....

REGIME ALIMENTAIRE :

- Sans viande
- Sans régime particulier

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours : oui non *(joindre le protocole et toutes informations utiles)*

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES/LUNETTES : OUI NON
 DES PROTHÈSES AUDITIVES/APPAREIL DENTAIRE : OUI NON *au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*
 AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....

4– AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
J'autorise mon enfant à être pris en photo/ vidéo durant les activités (avec possibilité de diffusion sur les réseaux sociaux, journal de la ville...)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
J'autorise mon enfant (de + 11 ans) à repartir seul	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

.....

LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR : (copies)

- Carnet de Vaccinations
- Attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire
- Livret de Famille
- Numéro CAF
- Justificatif de domicile
- Avis d'imposition N-2
- Carte d'identité du responsable ayant rempli la sortie de territoire
- Carte Européenne de sécurité sociale

Le cas échéant :

- Justificatif de placement
- Sortie de territoire
- Décision de justice relative à l'autorité parentale

PERSONNES MAJEURES POUVANT RECUPERER L'ENFANT, après les parents (Nom, Prénom, téléphone et lien de parenté avec l'enfant) :

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

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE après les parents (Nom, Prénom, téléphone et lien de parenté avec l'enfant) :

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

Tout changement, concernant les renseignements contenus dans cette fiche d'inscription, devra être notifié au service éducation jeunesse, 104 place de la République 59690 Vieux Condé (en modifiant la fiche) ou par mail à pejs@ville-vieux-conde.fr

Après avoir pris connaissance de la politique de protection des données personnelles de la mairie de Vieux-Condé, Je consens à la fourniture des données de santé concernant les allergies mon enfant.

Je soussigné(e), Mr Mme responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

J'ai lu et accepte le règlement intérieur.

Date : Signature :

Les données personnelles sont collectées par la Mairie de Vieux Condé afin de permettre l'exécution d'une mission d'intérêt public. Conformément à la législation en vigueur vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, d'opposition au traitement de vos données personnelles ainsi que celles concernant votre enfant. Afin d'en savoir plus sur l'utilisation de vos données personnelles, une mention d'information est disponible avec la fiche de renseignements, nécessaire à l'inscription aux services proposés par le service.



FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLE

2024/2025

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de Naissance : Enfant bénéficiaire de l'AEEH

Ecole fréquentée année en cours :

Maternelle : Primaire :

..... OU

TUTEUR / PARENT

PERE / MERE / TUTEUR

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

Téléphone fixe :

Téléphone Portable :

Téléphone travail :

Adresse mail :

Situation familiale :

Concubinage / marié(e) / pascé(e)

Divorcé(e)

Veuf/ve

Célibataire

Profession :

PERE / MERE / TUTEUR

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

Téléphone fixe :

Téléphone Portable :

Téléphone travail :

Adresse mail :

Situation familiale :

Concubinage / marié(e) / pascé(e)

Divorcé(e)

Veuf/ve

Célibataire

Profession :