



Fiche sanitaire de liaison



Enfant

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON ☐ FILLE ☐

Cadre réservé :

Dossier n° :

ACTIVITÉS À INSCRIRE

- ☐ CANTINE ☐ ACM MERCREDI ☐ PETITES VACANCES
☐ PÉRISCOLAIRE (fournir justificatif d'emploi) ☐ GARDERIE MERCREDI ☐ GRANDES VACANCES

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

① **P.A.I.** OUI ☐ NON ☐

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI ☐ NON ☐

→ Si oui joindre un dossier P.A.I. (projet d'accueil individualisé) avec 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.**

② **ALLERGIES :**

ASTHME OUI ☐ NON ☐	MEDICAMENTEUSES OUI ☐ NON ☐
ALIMENTAIRES OUI ☐ NON ☐	PROBLEMES DE SANTE OUI ☐ NON ☐

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (**obligatoire**) :

③ **MALADIES**

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

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

④ **RÉGIME ALIMENTAIRE :**

- ☐ **SANS VIANDE**
☐ **SANS RÉGIME PARTICULIER**

⑤ **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (**obligatoire**)**

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) :

NOM ET TÉLÉPHONE. DU MÉDECIN TRAITANT (*FACULTATIF*)

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives	OUI ☐	NON ☐
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 ☐	NON ☐
J'autorise mon enfant (de + 11 ans) à repartir seul	OUI ☐	NON ☐

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 sur les revenus

Le cas échéant :

- ☐ Justificatif de placement
☐ Décision de justice relative à l'autorité parentale
☐ Attestation d'emploi pour le périscolaire
☐ Notification AEEH

PERSONNES MAJEURES POUVANT RÉCUPÉRER L'ENFANT → après les parents

Nom, prénom	Téléphone	Lien de parenté

PERSONNES À PREVENIR EN CAS D'URGENCE → après les parents

Nom, prénom	Téléphone	Lien de parenté

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), Mme, Mr 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(s) :

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.

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION



NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARCON ☐ FILLE ☐
École fréquentée :

Cadre réservé :	
Année :	Dossier n° :
ENFANT BÉNÉFICIAIRE DE L'AEEH ☐ (joindre la notification)	
P.A.I. : OUI ☐ NON ☐	
Maternelle ☐	Élémentaire ☐

Parent / tuteur

PÈRE / MÈRE / TUTEUR	PÈRE / MÈRE / TUTEUR
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse postale :	Adresse postale :
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :
Téléphone Portable :	Téléphone Portable :
Téléphone travail :	Téléphone travail :
Adresse mail :	Adresse mail :
Situation familiale : ☐ Concubinage / marié(e) / pascé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf/ve ☐ Célibataire	Situation familiale : ☐ Concubinage / marié(e) / pascé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf/ve ☐ Célibataire
Profession :	Profession :