



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé

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 sanitaires des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

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

VACCINATION OBLIGATOIRE né(e) <2017	Oui		Non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINATION OBLIGATOIRE né(e) >2018	Oui		Non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie						Diphtérie						BCG pour tous	
Tétanos						Tétanos						Autres (préciser)	
Poliomyélite ou DTPolio ou Tétracoq						Poliomyélite ou DTPolio ou Tétracoq							
						Haemophilus influenza B							
						Coqueluche							
						Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR)							
						Méningocoque C							
						Pneumocoque							
						Hépatite B							

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL 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 précisez oui non

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

4-RESPONSABLE DU MINEUR

Responsable n°1 : NOM..... PRENOM :

ADRESSE

TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL :

TEL DOMICILE :

Responsable n°2 : NOM..... PRENOM :

ADRESSE

TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL :

TEL DOMICILE :

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 les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur,

Date

Signature

ANNEXE AUTORISATIONS ACCUEIL DE LOISIRS ENFANCE

Je soussigné(e) : _____ responsable légal(e) de(s) enfant(s) :

(merci de renseigner les noms et prénoms)

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs enfance de la communauté de communes Bièvre Est et m'engage à m'y conformer sans réserve ainsi que de la grille tarifaire.

DROIT A L'IMAGE

Pendant les temps de garde/accueils de loisirs/ateliers/séjours/conférences/rencontres/sorties, des photos et vidéos peuvent être réalisées par le personnel de la communauté de communes de Bièvre Est (agents d'animation ou de communication). Ces images ont pour but de communiquer avec les familles et/ou de promouvoir les activités des accueils de loisirs dans les supports de communication papier (magazine intercommunal Vivre en Bièvre Est, dépliants d'information thématique...) et numériques (site Internet, Facebook et autres réseaux sociaux) de la communauté de communes de Bièvre Est.

Par ailleurs, certains événements ou manifestations sont couverts par la presse locale. Les correspondants et journalistes, pour rendre compte de l'évènement peuvent être amenés à prendre des photos qui seront publiées dans les médias pour lesquels ils exercent leur profession.

Autorisation

J'accorde à la communauté de communes Bièvre Est la permission de publier toutes les photographies ou images prises de mon (mes) enfant(s) au cours des activités pour l'ensemble des supports de communication (imprimés ou numériques) dans les conditions énoncées ci-dessus (ou dans le règlement intérieur) : OUI NON

Je suis informé que des correspondants ou journalistes, représentant de médias, identifiés et identifiables, pourront, dans les limites de leurs droits à l'information, être amenés à photographier certains événements pour en rendre compte dans les supports qui les emploient. Les clichés réalisés par ces professionnels n'engagent aucunement la responsabilité de Bièvre Est.

CONDITIONS DE DÉPART DE L'ENFANT

L'enfant peut-il rentrer seul après l'accueil de loisirs enfance : OUI NON

Merci d'indiquer les coordonnées des personnes majeures autorisées à venir chercher votre (vos) enfant(s)

Nom & Prénom	Commune	Téléphone	Lien de parenté

AUTORISATION DE SOINS

J'autorise :

- ◆ le personnel de la structure à prendre toute initiative nécessaire en cas d'accident ou de maladie subit par mon (mes) enfant(s). (transfert en pédiatrie ou transfert aux urgences)
- ◆ l'équipe médicale à pratiquer les gestes indispensables au regard de l'état de santé de mon (mes) enfant(s). Les responsables légaux et ayant droits devant être prévenus dans les plus brefs délais.

Je demande au personnel de la structure :

- ◆ en cas de maladie de mon (mes) enfant(s) d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance.
- ◆ d'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité.

Je certifie :

- ◆ n'avoir rajouté aucune substance aux médicaments prescrits à mon (mes) enfant(s) et que ces médicaments ont été reconstitués selon la notice d'emploi.

RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES (RGPD)

J'autorise informatiquement :

- ◆ la saisie de mes informations personnelles (adresse postale, n° tél., adresse mail..) : OUI NON

J'autorise :

- ◆ La consultation et la conservation des données issues du site de la CAF "CDAP" : OUI NON

Fait à : _____

Le __ / __ / 20 __

Signature (précédée de la mention lu & approuvé)