



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019/2020

PHOTO  
OBLIGATOIRE

## 1 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM et PRENOM du PERE :  
.....  
ADRESSE :  
.....  
.....  
.....  
TÉL. FIXE DOMICILE :  
.....  
BUREAU :  
.....  
TEL PORTABLE : .....  
Mail : .....  
.....  
PROFESSION : .....

NOM et PRENOM de la MERE :  
.....  
ADRESSE :  
.....  
.....  
.....  
TÉL. FIXE DOMICILE :  
.....  
BUREAU :  
.....  
TEL PORTABLE : .....  
Mail : .....  
.....  
PROFESSION : .....

## 2 – ASSURANCE : joindre la photocopie de l'attestation d'assurance établie par vos soins

Nom de la compagnie:.....  
N° de police : .....

## 3 – VACCINATIONS : (joindre une copie du carnet de santé ou un certificat de vaccinations)

Vaccins obligatoires pour tous les enfants	Vaccins recommandés pour les enfants nés avant le 01/01/2018 et obligatoires pour ceux nés après cette date	Vaccins recommandés dans certaines situations
-Diphtérie -Tétanos -Poliomyélite	-Coqueluche -Hépatite B -Infections à Haemophilus influenza B -Infections invasives à méningocoque du séro groupe C -Infections à pneumocoque -Oreillons -Rougeole -Rubéole	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

## 4 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

a) L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence en ALAE ? Oui  non

Si oui, joindre une **ordonnance** prescrite par le médecin et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments marqués au nom et prénom de l'enfant dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation**)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

b) L'enfant a-t-il 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"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU  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"/>	

c) L'enfant a-t-il eu les allergies suivantes

ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTEUSES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	AUTRES (animaux, plantes, pollen....) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

**Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :**

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

**P.A.I** (Projet d'accueil individualisé) OUI  NON  (joindre le protocole et toutes les informations utiles)

## 5 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  prévoir un étui au nom de l'enfant + lingettes

DES LENTILLES : oui  non

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

UN APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

## 6- AUTORISATIONS

J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant à la sortie de l'ALAE.

1 – Nom: Prénom: Téléphone:

2 – Nom: Prénom: Téléphone:

3 – Nom: Prénom: Téléphone:

4 – Nom: Prénom: Téléphone:

5 – Nom: Prénom: Téléphone:

6 – Nom: Prénom: Téléphone:

- ❖ J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non
- ❖ J'autorise mon enfant à être photographié par l'équipe de l'ALAE oui  non
- ❖ J'autorise à diffuser sa photo sur des articles de presse oui  non
- ❖ J'autorise à diffuser sa photo sur des plaquettes d'information oui  non
- ❖ J'autorise à diffuser sa photo sur internet oui  non
- ❖ J'autorise mon enfant à être maquillé : oui  non

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.*

*J'ai pris connaissance du fait que la notion d'urgence est déterminée par les professionnels de santé et que l'autorité parentale ne peut être déléguée ni à la directrice de l'accueil ni à l'organisateur.*

Fait à CRUSCADES, le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal (précédée de la mention "lu et approuvé")

Les informations recueillies à partir de ce formulaire sont nécessaires pour la gestion des inscriptions au centre de loisirs.

Elles sont enregistrées et transmises aux agents habilités de la mairie de Cruscades en charge de leur traitement ;

Les données sont conservées 10 ans puis détruites

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données ou une limitation du traitement de celles-ci.

Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposer du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant par courriel à [commune@cruscades.fr](mailto:commune@cruscades.fr)