



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**DOCUMENT CONFIDENTIEL**

Joindre obligatoirement la copie  
du carnet de vaccination

Nom Prénom .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Fille

Garçon

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).

Déclare être d'accord : oui  non  pour que mon enfant soit pris en photo et diffusé dans le cadre de l'ALSH

**VACCINATION :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole Oreillons Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

Si le mineur n'a pas de vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre- indication.

Varicelle <input type="checkbox"/>	Angine <input type="checkbox"/>	Otite <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>	Coqueluche <input type="checkbox"/>
Oreillons <input type="checkbox"/>	Rubéole <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire ou aigu <input type="checkbox"/>	

**REPAS :**

SANS VIANDE :

CLASSIQUES :

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

Poids : ..... kg                      Taille : ..... (Information nécessaire 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                       Médicamenteuses oui  non                       Asthme oui  non

Autres (Précisez) .....

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

L'enfant présente-t-il un problème de santé ?                      oui                       non

Si oui préciser : .....

Nom médecin traitant : .....                      Tél : .....

**Personne à prévenir en cas d'absence des parents :**

Nom Prénom :	Tél :	Port :
Nom Prénom :	Tél :	Port :
Nom Prénom :	Tél :	Port :

Ecole	Gambetta	Poyat	Luzy	Pisieu	Revel	Primarette	Bellegarde
	Jarcieu	Pact	Pommier	Moissieu	St Barth	Autre .....	

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

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

.....  
.....  
**Responsable légal : (SI PARENTS DIVORCES OU SEPARÉS)**

MERE

PERE

**Nom (MERE) :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Tél fixe :** ..... **Tél port :** ..... **Tél travail :** .....

**Profession :** ..... **Employeur :** .....

**Email :** .....

**N° CAF ou MSA :** ..... **Quotient familial :** ..... **Enfant(s) à charge :** .....

**Situation familiale :** Marié(e)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Célibataire  Union libre  Veuf (ve)

**Nom (PERE) :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Tél fixe :** ..... **Tél port :** ..... **Tél travail :** .....

**Profession :** ..... **Employeur :** .....

**Email :** .....

**N° CAF ou MSA :** ..... **Quotient familial :** ..... **Enfant(s) à charge :** .....

**Situation familiale :** Marié(e)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Célibataire  Union libre  Veuf (ve)

**Personnes autorisées à récupérer mon enfant :**

**Mon enfant peut rentrer seul : oui  non**

Nom Prénom :	Statut :
Nom Prénom :	Statut :

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.

« Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé afin d'établir des listes de présences, des statistiques et envoi de la communication du centre de l'Île du Battoir.

Les données collectées seront communiquées uniquement aux salariés du centre de l'Île du Battoir. Les données sont conservées pendant 5 ans

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données, dans la mesure où vous ne participez plus aux actions de centre social.

Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le centre social par voie électronique : [centre-ile-battoir@wanadoo.fr](mailto:centre-ile-battoir@wanadoo.fr)

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL."

Fait à Beaurepaire, le :

Signature