

Année 2025

L'enfant

Nom – Prénom :

Adresse :

Date de Naissance

Sexe :

L'enfant sait-il nager ?

Responsables

Parents	Responsable	Conjoint
Nom - Prénom		
Adresse		
Téléphone		
E-mail		
N° Allocataire et Caisse		
Quotient Familial		

Autres personnes autorisées à récupérer l'enfant

Nom	Prénom	Qualité	Contact

Pour toute autre personne je m'engage à transmettre l'identité de celle-ci par écrit **auparavant** à l'équipe d'animation.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

- Autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités organisées durant les temps péri et extra scolaires (Transports inclus).
- Autorise le responsable de l'accueil à faire procéder à toute intervention médicale ou chirurgicale en cas d'extrême nécessité.
- Autorise la collectivité à utiliser mes données personnelles fournies lors de l'inscription de mon enfant dans le cadre du système d'alerte
- Affirme avoir pris connaissance et approuvé le règlement intérieur.
- Autorise l'utilisation de l'image de mon enfant dans la réalisation d'activités pour la promotion de la collectivité.

Documents à fournir :

Assurance extra-scolaire

Photocopies des vaccins

Fait à

Signatures des représentants

Le

précédées de la mention « lu et approuvé »



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

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

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

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL 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
MÉDICAMENTEUSES 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 préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

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 mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

Protection des données :

« Les informations recueillies dans ce formulaire font l'objet d'un traitement de données dont la finalité est la gestion de votre demande. Les destinataires de vos données sont les organisations autorisées (service enfance de la commune de Châtel). Pour plus d'information sur l'utilisation de vos données et l'exercice de vos droits, vous pouvez vous référer à notre politique de données personnelles ou contacter le délégué à la protection de données de la mairie : dpo@mairiedechatel.fr.