

FICHE SANITAIRE de LIAISON	DOCUMENT CONFIDENTIEL JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA COPIE DU CARNET DE VACCINATION
-----------------------------------	--

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (Arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

ALSH VAKANS'- ENFANTS 3 / 17 ANS

NOM DU MINEUR :		PRÉNOM :	
DATE DE NAISSANCE : / / 20	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>	

1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

RAPPEL - OBLIGATOIRE - JOINDRE UNE COPIE DES PAGES DE VACCINATION DU CARNET DE SANTÉ

VACCINS 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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

AU BESOIN, COMPLÉTER EN PAGE 4 EN INDIQUANT LE N° DE RUBRIQUE CORRESPONDANT

POIDS EN KGS :		TAILLE EN CM :	
-----------------------	--	-----------------------	--

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

À TITRE INDICATIF : LE MINEUR A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	AUTRES
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

2A. LE MINEUR SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL PENDANT SA PRÉSENCE AU CENTRE DE LOISIRS OU LE SÉJOUR?	<input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON
SI OUI (*) - PRÉCISER :	

(*) JOINDRE UNE ORDONNANCE RÉCENTE ET LES MÉDICAMENTS CORRESPONDANTS.

Les boîtes de médicaments seront dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice.

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE.

2B. ALLERGIES :	<input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON
SI OUI - DE QUEL TYPE ?	Asthme / Alimentaire / Médicaments / Autre (à préciser) ...
PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :	

2C. P.A.I (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ) EN COURS :	<input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON
SI OUI - (Joindre le protocole et toutes informations utiles):	

2D. CONTRE-INDICATIONS MEDICALES :	<input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON
SI OUI - DE QUEL TYPE ?	Maladie / Accident / Crises convulsives / Hospitalisation / Opération / Rééducation / (à préciser) ...

2E. DIFFICULTÉS DE SANTÉ :	<input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON
SI OUI - PRÉCISER :	

2F. PHYSIQUE / SENSORIEL / MOTEUR :	<input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON
SI OUI - PRÉCISER :	

LA PRISE EN CHARGE DU MINEUR NÉCESSITE T'ELLE LA MISE EN PLACE D'UN ACCOMPAGNEMENT DÉDIÉ ?	<input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON
---	---

SI OUI - PRÉCISER :

2G. TROUBLES / PARTICULARITÉS DU COMPORTEMENT :	<input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON
--	---

SI OUI - DE QUEL TYPE ?	Autisme / Hyperactivité / TDA Trouble de l'attention / TOC Trouble obsessionnel compulsif / Déficience intellectuelle / Autre (à préciser) ...
--------------------------------	--

LA PRISE EN CHARGE DU MINEUR NÉCESSITE T'ELLE LA MISE EN PLACE D'UN ACCOMPAGNEMENT DÉDIÉ ?	<input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON
---	---

SI OUI - PRÉCISER :

1. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT)

LE MINEUR PORTE-T-IL (au besoin prévoir un étui à son nom) :

LUNETTES	LENTILLES	PROTHESES AUDITIVES	PROTHESES	APPAREIL DENTAIRE
<input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON
3A. AUTRES RECOMMANDATIONS (ex : Particularités alimentaires, qualité de peau, crème solaire)		<input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON		
SI OUI - PRÉCISER :				

4. AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives	<input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON
J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées, si celles-ci sont autorisées par les autorités et dans le respect des mesures sanitaires imposées face à laCovid 19	<input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON
Autorisation de transport par bus de location, si ceux-ci sont autorisés par les autorités et dans le respect des mesures sanitaires imposées face à laCovid 19 :	<input type="checkbox"/> OUI * <input type="checkbox"/> NON

5. RESPONSABLES DU MINEUR

RESPONSABLE N°1

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

CODE POSTAL

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

RESPONSABLE N° 2

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

CODE POSTAL

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU : .

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN 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 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.

Date : / / 2024

Signature :

Les informations recueillies dans cette autorisation et décharge parentale font l'objet d'un traitement informatique et papier destiné à la transmission de responsabilité lors de l'accueil des enfants durant les activités périscolaires et extra scolaires. La base légale est l'intérêt légitime. Les données sont destinées au service animation de la commune de Capesterre Belle Eau et seront partagées avec tous services internes et externes dont la transmission est nécessaire. Elles seront conservées durant la durée l'égale en vigueur pour répondre à l'objectif poursuivi par la collecte. Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données, vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant. Vous disposez également d'un droit de suppression, de rectification et de limitation au traitement de vos données.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, sous réserve de justifier de votre identité, contactez le délégué à la protection des données par voie postale à l'adresse suivante : Hôtel de ville, avenue Paul Lacavé, 97130 CAPESTERRE BNELLE EAU ou par mail dpo@capesterrebelleeau.fr.

Si vous estimez après nous avoir contactés que vos droits ne sont pas respectés, vous pourrez à tout moment saisir l'autorité de contrôle CNIL 3, place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex www.cnil.fr.