



Photo

MINISTRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHESION SOCIALE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités (accueils de loisirs, camps...) organisées par le service d'accueil référencé ci-dessus de la Commune de VERNAISON pour la période : 2020/2021. Ces données à caractère confidentiel sont réservées à l'usage exclusif des personnels pour l'exercice des missions d'accueil.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT :	
NOM :	Prénom :
Date de naissance :	
Fille <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/>
École :	Classe :
Régime alimentaire : aucun <input type="checkbox"/> / sans porc <input type="checkbox"/> / sans viande <input type="checkbox"/> / autres <input type="checkbox"/>	

1- VACCINATIONS

Vaccination	Nom du vaccin correspondant	Date du dernier rappel
DTPC	Infanrixhexa, Boostrixtetra, Pentavac, Hexyon, Pentacoq, DT Polio	

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

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

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR ET RECOMMANDATIONS :

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.**

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU DES ALLERGIES ?

ALIMENTAIRES	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
MEDICAMENTEUSES	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
AUTRES (animaux, plantes, pollen)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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 particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui Non

Si votre enfant a un **PAI** (Plan d'Accueil Individualisé) merci de bien vouloir nous en transmettre une copie, ainsi que sa trousse de soin avec la photo de votre enfant.

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

- Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil :

.....

.....

- **Pour les 3/6 ans** l'enfant est-il propre ? Oui Non - **S'il s'agit d'une fille**, est-elle réglée ? Oui Non

4- L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Angine		Coqueluche		Oreillons		Otite		Rhumatisme Articulaires aigu	
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"/>
Rubéole		Rougeole		Scarlatine		Varicelle			
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"/>		

5- RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : Prénom :

Adresse complète :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable mère : Tél. portable père :

Tél. travail mère : Tél. travail père :

Personnes à prévenir en cas d'urgence (autres que les parents)

1. Nom :

Tél. portable :

2. Nom :

Tél. portable :

Personnes autorisées à récupérer l'enfant

1. Nom : Prénom : Lien de parenté :

2. Nom : Prénom : Lien de parenté :

3. Nom : Prénom : Lien de parenté :

4. Nom : Prénom : Lien de parenté :

J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'accueil de loisirs

Oui Non

Si oui, le départ se fera àH.....

Nom et téléphone du médecin traitant :

.....

N° sécurité sociale, auquel est affilié l'enfant :

.....

Je, soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et **m'engage à les réactualiser si nécessaire.**

J'autorise le responsable des activités à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature du responsable légal

Le règlement général sur la protection des données (RGPD) applicable depuis le 25 mai 2018 vise à renforcer, à l'échelon européen, la protection des données personnelles et fixe des obligations spécifiques aux responsables de traitements et aux prestataires sous-traitant.

Dans le cadre des missions exercées au sein du pôle enfance, chaque service est amené à traiter des données personnelles pour la gestion des inscriptions, la communication institutionnelle auprès des familles. Les données ainsi recueillies ne font l'objet d'aucune cession à des tiers ni d'aucun autre traitement de la part de la Mairie. En application de la loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et libertés, pour l'exercice des droits des personnes à l'égard des traitements de données à caractère personnel, vous pouvez contacter par courrier adressé à M. le Maire, Pôle EJES, mairie 24 place du 11 novembre 1918 et du 8 mai 1945 à 69390 Vernaison.