



Enfant (Nom et Prénom) :

Né(e) le :

Classe :

**FICHE SANITAIRE
de LIAISON 2018-2019**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour les accueils collectifs de mineurs. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1-VACCINATIONS :

Merci de nous fournir la photocopie du carnet **de vaccinations (P90, 92 et 93)** ou l'attestation du médecin traitant certifiant que les vaccins de votre (vos) enfant(s) sont à jour (**obligatoire**).

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

L'enfant suit-il un traitement médical : OUI NON

Si oui, précisez lequel ? :

L'enfant présente-t-il ? :

- Des allergies OUI NON
- Des intolérances OUI NON
- Une maladie OUI NON
- Un régime particulier OUI NON
- (Sans porc, sans sel,.....)

Si oui précisez la cause, **les signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication, le signaler)** :

.....

Votre enfant a-t-il un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) : OUI NON

Si oui, fournir une copie du PAI. Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être remis à la directrice de l'accueil s'assurant, au préalable, de la validité des médicaments fournis.

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

.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, un appareil dentaire ou auditif ? OUI NON

Précisez :

Comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

.....

3- RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : **PRENOM** :

ADRESSE :

CP : **VILLE** :

TEL DOMICILE (Père) : **TEL. TRAVAIL** : **TEL PORTABLE** :

TEL DOMICILE (Mère) : **TEL. TRAVAIL** : **TEL PORTABLE** :

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant): **(Obligatoire)**

Nom et N° Mutuelle :

RAPPEL

La responsabilité de la Municipalité n'est pas engagée en cas d'accident qui surviendrait en dehors des heures d'activités proposées. De plus, dès que votre enfant est inscrit à l'un des accueils, il est sous la responsabilité de l'équipe pédagogique jusqu'au retour des parents. Si le comportement de votre enfant n'est pas correct envers les autres enfants ou l'équipe pédagogique cette dernière peut prendre la décision d'exclure votre enfant.

PERSONNES AUTORISÉES A PRENDRE MON ENFANT ET A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Autre que le(s) responsable(s) légal (aux)

Nom et prénom	Lien de parenté	Téléphone	Adresse

Nous ne pourrions confier l'enfant à d'autres personnes que celles inscrites dans le tableau ci-dessus. Si occasionnellement une autre personne vient chercher l'enfant, le personnel devra être averti par la famille et une autorisation écrite devra être fournie accompagnée d'une pièce d'identité.

AUTORISATION PARENTALE**Autorisation de sortie**

J'autorise mon enfant à rentrer seul :
(Cocher la case correspondant à votre choix)

Accueils périscolaires : à partir de 16h30	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Centre de Loisirs	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le mercredi :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- À partir de 11h45		
- À partir de 17h00		
Vacances scolaires :		
- À partir de 11h45	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- À partir de 17h00	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

En cas d'urgence médicale (maladie grave, vomissements suspects, accident grave ou bénin, malaise bénin) si je ne peux être joint à mon domicile ou sur mon lieu de travail : * cocher la case correspondante à votre choix

J'autorise le responsable de l'accueil :

À faire examiner mon enfant par le médecin le plus proche : OUI NON

À prendre toutes les mesures nécessaires pour faire transporter mon enfant vers l'hôpital et/ou clinique le plus proche : OUI NON

À pratiquer tous les soins, interventions, actes chirurgicaux et anesthésie rendus nécessaires par l'état de santé de mon enfant :

OUI NON

Je m'engage à rembourser les frais médicaux engagés par la Municipalité (les justificatifs vous seront fournis en retour).

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du Service Animation (sauf contre-indication médicale) permises par la réglementation en vigueur, y compris en camping :

Activités physiques (individuelle et collective) sur les temps périscolaires et extrascolaires : OUI NON

Activités nautiques (kayak, voile, catamaran, ...) du Centre de loisirs : OUI NON

Activités aquatiques (piscine, centre aquatique, sortie à la mer) du centre de loisirs : OUI NON

J'autorise mon enfant à effectuer des déplacements :

À pied (pour se rendre au gymnase, à la salle polyvalente, ...) : OUI NON

À vélo : OUI NON

En minibus : OUI NON

En bus : OUI NON

En voiture (à bord d'un véhicule personnel de la Direction) : OUI NON

J'autorise la Mairie à publier et utiliser les photos, les films et les enregistrements audio sur lesquels figurent mon (mes) enfant (s) qui seraient prises dans le cadre des activités périscolaires et extra-scolaires.

Celles-ci pourront être reproduites par les écoles, la mairie ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (site internet de la commune, revues, supports municipaux ou autre support de presse) sans que cela occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma part.

OUI NON

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Fait à le :/...../.....

Signature du responsable légal :