



**Enfant** (Nom et Prénom) : .....

**Né(e) le** : .....

**Classe** : .....

**FICHE SANITAIRE  
de LIAISON  
2020-2021**

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** : .....

« Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement destiné à la commune de SOLIERS, 8 rue des écoles 14540 SOLIERS, dont le DPO est le SMICO 5 rue Georges Méheudin 61200 Argentan.  
Pour la finalité suivante : Inscriptions aux services périscolaires et/ou extrascolaires organisés par la collectivité.  
Le destinataire de ces données est la Mairie de Soliers. La durée de conservation des données est de 2 ans.  
Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement. Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à Maxime JAMET [m.jamet@soliers.fr](mailto:m.jamet@soliers.fr). Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

**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 pourrons 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)

<b>Accueils périscolaires : à partir de 16h30</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Centre de Loisirs</b>		
Le mercredi :		
- À partir de 11h45	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- À partir de 17h00	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
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 de Soliers (sauf contre-indication médicale) permises par la réglementation en vigueur, y compris en camping :

Activités physiques (individuelle et collective) :  OUI  NON

Activités nautiques (kayak, voile, catamaran, ...):  OUI  NON

Activités aquatiques (piscine, centre aquatique, sortie à la mer) :  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 audios sur lesquels figurent mon (mes) enfant (s) qui seraient pris 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

La responsabilité de la Municipalité n'est pas engagée en cas d'accident qui surviendrait en dehors des heures d'activités proposées.

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

Fait à .....le : ...../...../.....

**Signature du responsable légal :**