

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON



**Service animation**  
Accueils collectifs de mineurs

## Renseignements concernant l'enfant :

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  Masculin  
Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  Féminin  
Ecole fréquentée : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

### Vaccinations :

Fournir une photocopie du carnet de vaccinations.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

### Maladies chroniques :

Asthme  Allergies médicamenteuses  Allergies alimentaires

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir. En cas d'automédication, le signaler :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Si oui, joindre obligatoirement une ordonnance récente ainsi que les médicaments correspondants dans leur boîte d'origine avec la notice

### L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole  Varicelle  Rougeole  Oreillons  Otite

**Difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), précisez les dates et les précautions à prendre :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Recommandations utiles des parents** (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Médecin traitant :

Docteur \_\_\_\_\_ exerçant à \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Personnes majeures à prévenir en cas d'urgence et autorisées à venir chercher l'enfant (vous-mêmes, grands-parents, amis...) :**

Merci de noter à nouveau vos noms et numéros de téléphones sur cette page afin qu'elle puisse être photocopiee seule

NOM, prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Je/Nous, soussigné(e)(s) \_\_\_\_\_, responsable(s) légal(ux) de l'enfant, déclare(ons) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise(ons) les personnes responsables de l'encadrement des enfants sur les temps périscolaires et extrascolaires à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (consultation médicale, transport en ambulance, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

signature(s) :

## RESPONSABLES LÉGAUX ET FACTURATION :

Situation parentale :  Parent isolé, veuf  Mariés, Pacsés ou concubins  Séparés, divorcés

Mère  Père  Autre : \_\_\_\_\_

Père  Mère  Autre : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone perso : \_\_\_\_\_

Téléphone perso : \_\_\_\_\_

Téléphone pro : \_\_\_\_\_

Téléphone pro : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

NB : Pour les parents séparés ou les familles d'accueil, merci de transmettre tout document (justificatif de garde, jugement, décision de placement, attestation de garde alternée...) permettant d'éviter toute ambiguïté quant aux personnes autorisées à venir récupérer l'enfant. Modèles disponibles sur [www.inguiniel.fr](http://www.inguiniel.fr) rubrique « enfance jeunesse » ou à disposition sur demande.

## ALLOCATAIRE CAF :

Titulaire du compte : \_\_\_\_\_

Numéro allocataire CAF : \_\_\_\_\_

Afin de vous faire bénéficier des tarifs dégressifs, la CAF met à notre disposition un outil permettant d'aller récupérer votre quotient familial lors de votre inscription ou chaque année en janvier ou chaque fois que vous en ferez la demande (si changement de quotient familial en cours d'année). Il vous suffit de nous y autoriser :

- OUI** j'autorise le responsable du service animation à récupérer mon quotient familial directement auprès de la CAF  
 **NON** je ne souhaite pas bénéficier des tarifs dégressifs.

## ALLOCATAIRE MSA :

Titulaire du compte : \_\_\_\_\_

Numéro allocataire MSA : \_\_\_\_\_

Afin de vous faire bénéficier des tarifs dégressifs, pensez à remettre dès que possible votre attestation de quotient familial. Celle-ci est disponible sur [www.msa.fr](http://www.msa.fr)

## AUTORISATIONS :

Droit à l'image	
J'autorise le personnel communal à prendre l'enfant en photo pour un <u>usage interne à l'école, au restaurant scolaire, au centre de loisirs ou à la maison des jeunes</u> (expositions, trombinoscopes, activités à partir de la photo...).	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
J'autorise les responsables de la commune d'INGUINIEL à publier des photographies dans lesquelles apparaît l'enfant dans des supports de communication <u>locaux exclusivement</u> (plaquettes, bulletin communal, journaux locaux...).	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
J'autorise les responsables de la commune à publier des photographies dans lesquelles apparaît l'enfant dans des supports de communication <u>externes</u> (site internet communal, intercommunal, ...), <b>exception faite des réseaux sociaux</b> (Facebook, Youtube, etc.)	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON

## ATTESTATION : Validation des éléments relatifs à la protection des données personnelles

Je / Nous soussigné(e)(s) \_\_\_\_\_  
responsable légal / responsables légaux de l'enfant,

- atteste / attestons l'exactitude des renseignements fournis dans ce dossier et autorise / autorisons l'enfant à participer aux activités et sorties éducatives organisées par la commune d'INGUINIEL y compris si ces sorties nécessitent un déplacement à pieds, à vélo, en mini-bus, en bus de ville ou en car.
- **RGPD** (règlement général sur la protection des données : ai / avons pris connaissance de l'ensemble des données indiquées et complétées de ce dossier et accepte / acceptons que ces données soient traitées informatiquement par les services concernés de la commune d'INGUINIEL.

Fait à \_\_\_\_\_,  
le \_\_\_\_\_

signature(s) :