



Communauté de Communes  
**Dourdannais**  
en Eurepoix

**- FICHE SANITAIRE DE LIAISON -  
ACCUEIL DE LOISIRS  
2020 / 2021**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant  
(arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs)

Date de dépôt :

À remplir par le secrétariat

Saisie iNoé le :

Saisie par (initiales) :

**ENFANT BÉNÉFICIAIRE**

FILLE

GARÇON

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Taille :

cm

Poids :

kg

École fréquentée :

Niveau :

**-- FOYER --**

Réinscription aux Accueils de Loisirs  1<sup>ère</sup> Inscription aux Accueils de Loisirs ➔ Déjà présent dans la base « Petite Enfance CCDH » ?  OUI  NON

**TOUS LES NOMS DE FAMILLE DU FOYER :**

CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Voie : \_\_\_\_\_ Complément : \_\_\_\_\_

Téléphone Familial : \_\_\_\_\_ Email Familial : \_\_\_\_\_

Situation du Foyer :  Marié(e)  Célibataire  Divorcé(e)  Vie maritale  Veuf  Pacsé(e)  Séparé(e)

**-- ADULTES DU FOYER & PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT --**

Lien avec l'enfant	NOM Prénom	CP - VILLE - N° Rue Complément <small>(Notez « idem XXX » si identique)</small>	Téléphone	Email Personnel	Profession	Ville de Travail
<b>DECLARANT (entourez)</b> Père / Mère Autre:						
<b>Lien de parenté</b> Mère / Père B Mère / B Père Autre:						
<b>Lien de parenté</b>						
<b>Lien de parenté</b>						
<b>Lien de parenté</b>						

**-- AUTORISATIONS --**

- 1- Mode de garde (*uniquement si parents séparés*) :  Partagée (Gardes à temps non égal)  Alternée Rythme :  Exclusive (1 parent interdit, précisez) :
- 2- J'autorise mon enfant à **participer à toutes les activités** organisées dans le cadre des Accueils de Loisirs.  OUI  NON
- 3- J'autorise la CCDH à **collecter et stocker des données personnelles sur notre logiciel** tout en assurant les dernières règles du RGPD. Aucune donnée ne sera transmise aux partenaires.  OUI  NON
- 4- J'autorise le responsable de l'ALSH à **prendre, après avis médical, toutes les mesures rendues nécessaires** par l'état de mon enfant (traitement médical, hospitalisation...).  OUI  NON
- 5- J'autorise mon enfant à **partir seul** de l'ALSH (seulement à partir de 7 ans)  OUI  NON
- 6- J'autorise la CCDH à **diffuser l'image** représentant mon enfant à **fin d'information, d'illustration ou d'exposition**, à l'exclusion de toute utilisation commerciale, dans les publications - les supports vidéos - le site internet de la collectivité, les réseaux sociaux et les activités de l'Accueils de Loisirs (Journal, Court-Métrage, etc)  OUI  NON

**-- RENSEIGNEMENTS SANITAIRES & ASSURANCES --**

Régime alimentaire :  Aucun  Sans viande  Sans Porc  PAI Alimentaire  Autre :

Date du dernier Vaccin DT Polio : \_\_\_\_\_ Médecin Traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Allergie : \_\_\_\_\_ Plan Accueil Individualisé (PAI) :  OUI *joindre*  NON

Autre problème de santé :

Situation de handicap :  NON  OUI ➔ Nom / Type : \_\_\_\_\_ ➔ Auxiliaire de vie scolaire :  OUI  NON

Autre recommandation :

N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_ Nom Mutuelle : \_\_\_\_\_ Réf Contrat : \_\_\_\_\_

N° Allocataire CAF : \_\_\_\_\_ Assureur Responsabilité Civile : \_\_\_\_\_ Réf Contrat : \_\_\_\_\_

- Je déclare avoir lu et compris le règlement intérieur des Accueils de Loisirs
- Je déclare exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et dans les pièces-jointes. Toute fausse déclaration est susceptible de sanctions prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal.

DATE : \_\_\_\_\_ NOM Prénom : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_