



Communauté de Communes
Dourdennaises
en Hurepoix

**- FICHE SANITAIRE DE LIAISON -
ACCUEIL DE LOISIRS
2021 / 2022**

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^{ère} 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 (Notez « idem XXX » si identique)	Téléphone	Email Personnel	Profession	Ville de Travail
DECLARANT (entourez) Père / Mère Autre:						
Lien de parenté Mère / Père B Mère / B Père Autre:						
Lien de parenté						
Lien de parenté						
Lien de parenté						

-- 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 : (Obligatoire & à jour sinon fiche refusée) 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 :