



Communauté de Communes  
**Dourdannais**  
en Eurepoix

## - 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<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 (Notez « idem XXX » si identique)	Téléphone	Email Personnel	Profession	Ville de Travail
DÉCLARANT (entourez) Père / Mère Autre :						
Lien de parenté Mère / Père B Mère / B Père Autre :						
Lien de parenté						
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 :