

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024

DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON  FILLE

## 1 – VACCINATIONS : Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé.

Les enfants nés à partir de 2018 sont soumis à 11 vaccins (et non 3)

Pour rappel :

VACCINS OBLIGATOIRES	VACCINS RECOMMANDÉS
	<u>Ou obligatoire pour les enfants nés après le 01/01/2018</u>
Diphtérie	Hépatite B *
Tétanos	Rubéole-Oreillons-Rougeole*
Poliomyélite	Coqueluche*
	Méningocoque C*
	Pneumocoque *
	Méningite Hib*
	Autres :

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

## 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ? Oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES OUI  NON  LESQUELLES : .....

ALLERGIES : ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES :  .....

PRECISEZ LA CAUSE ET LA REACTION DE L'ALLERGIE (+ joindre un certificat médical) :

CONDUITE A TENIR :

Existe-t-il un P.A.I (projet d'accueil individualisé)  OUI Joindre le protocole et toutes informations utiles  
 NON

\* s'il existe des **problèmes médicaux liés à l'alimentation** (allergie, intolérance alimentaire, diabète, maladie chronique ...), **un Protocole d'Accueil Individualisé devra être mis en place et/ou complété par un PAI existant. L'enfant pourra ainsi bénéficier de son traitement ou de son régime alimentaire. Dans le cas où une trousse d'urgence est nécessaire, elle sera obligatoirement remise au responsable de la structure d'accueil.**

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si **oui préciser** en indiquant les précautions à prendre. oui non (ASTHME, MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES,HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...)

.....  
.....  
.....  
.....

### 3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc...

AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES :

.....  
.....

L'enfant sait-il nager :

Oui

Non

Brevet de natation (25m)

Oui

Non

### 4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Responsable N °1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

.....

TEL DOMICILE ..... TEL PORTABLE : ..... TEL TRAVAIL .....

Responsable N °2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : (si différente) .....

.....

TEL DOMICILE ..... TEL PORTABLE : ..... TEL TRAVAIL .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant :

- **Atteste que les vaccinations de l'enfant sont à jour**
- **Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.**

Date :

Signature du responsable n°1

Signature du responsable n°2

Le Maire de St Sauveur sis 74 rue Aristide Briand 60320 SAINT SAUVEUR, a désigné l'ADICO sis à Beauvais (60000), 5 rue Jean Monnet en qualité de délégué à la protection des données.

Les données recueillies dans ce formulaire sont destinées au recueil du consentement de diffusion des coordonnées des personnes concernées. Celles-ci ne sont destinées qu'au service administratif de la Mairie de Saint Sauveur et ne sont transmises à aucun tiers. Elles sont conservées pour la durée de validité du consentement. Ce traitement est basé sur le consentement des personnes concernées.

Conformément aux articles 15 à 22 du règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité des données vous concernant.

Pour exercer ces droits, nous vous invitons à contacter : [secretariat@saint-sauveur60.fr](mailto:secretariat@saint-sauveur60.fr) ou par voie postale au 74 rue Aristide Briand 60320 SAINT SAUVEUR. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne ou par voie postale à la CNIL.