

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Accueils de loisirs – Commune d’ELOYES - Année scolaire 2022-2023
A remplir par les responsables légaux, un par parent en cas de garde alternée

Ce document est à remettre avec le dossier d’inscription ou à adresser par courrier à la Mairie d’Eloyes – Service périscolaire 8 rue du général de Gaulle 88510 Eloyes

ENFANT

Nom :
Prénom : Garçon ☐ Fille ☐
Date de naissance : / /
Collège ou Ecole *: Niveau :
(*septembre 2021)

RESPONSABLE LEGAL 1										RESPONSABLE LEGAL 2									
Nom :										Nom :									
Prénom :										Prénom :									
Adresse domicile :										Adresse domicile :									
.....																			
 domicile										 domicile									
 professionnel										 professionnel									
 portable										 portable									
Courriel :										Courriel :									
Profession :										Profession :									
Adresse employeur :										Adresse employeur :									
.....																			
Situation familiale (cocher la case)										☐ Célibataire/veuf(ve) ☐ marié(e) ☐ pacsé(e) ☐ vie maritale ☐ si séparé(e) ou divorcé(e) : ☐ garde monoparentale ☐ garde alternée : ☐ semaine paire ☐ semaine impaire ☐ autre									

AUTRES RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

N° de Sécurité Sociale auquel l'enfant est rattaché : N°
de l'assurance :

☐ Régime social particulier : MSA -N° d'immatriculation :
☐ N° Allocataire C.A.F:

Nom et adresse de l'assurance Responsabilité Civile (Individuelle accident) :
.....
N° de l'assurance :

Vos autorisations

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (EN DEHORS DES RESPONSABLES LEGAUX)

M. - Mme :	N° 	    
Lien de parenté :	Prévenir en cas d'urgence	Oui ☐ Non ☐
M. - Mme :	N° 	    
Lien de parenté :	Prévenir en cas d'urgence	Oui ☐ Non ☐
M. - Mme :	N° 	    
Lien de parenté :	Prévenir en cas d'urgence	Oui ☐ Non ☐
M. - Mme :	N° 	    
Lien de parenté :	Prévenir en cas d'urgence	Oui ☐ Non ☐

Autorisez-vous que votre enfant soit photographié ou filmé lors de manifestations organisées dans le cadre des accueils de loisirs à des fins de parution dans les publications municipales ?
Oui ☐ Non ☐

Autorisez-vous votre enfant à participer aux sorties de proximité organisées dans le cadre des accueils de loisirs
Oui ☐ Non ☐

Autorisez-vous votre enfant à rentrer seul à l’issu des heures d’accueil :
Oui ☐ Non ☐

Autorisez-vous votre enfant à être repris par une personne mineure désignée par vos soins
Oui ☐ Non ☐
NOM : Prénom :
Lien de parenté :

L'inscription des enfants aux accueils de loisirs par les familles vaut adhésion au règlement qui est notifié aux familles au moment de l'inscription (à consulter sur votre espace famille, règlement des accueils de loisirs).

Lu et approuvé, le

Signature du responsable légal

N'hésitez pas à vous faire aider de votre médecin pour remplir cette rubrique

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée portant les nom et prénom de l'enfant et la mention "secret médical", à l'attention du médecin susceptible d'intervenir en cas de besoin pour votre enfant.

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

Indiquer uniquement ceux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil. Par exemple : les allergies alimentaires, les allergies médicamenteuses, les autres allergies (pollen, plantes, animaux, soleil, piqûres d'insectes...) ou une opération chirurgicale récente :

Si oui, précisez :

Y a-t-il des précautions à prendre ? :

.....

MALADIES EN COURS

Aigues ou chroniques, indiquer uniquement celles susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil, par exemple : diabète, asthme, convulsion...

Si oui, précisez :

Y a-t-il des précautions à prendre ? :

.....

LES MEDICAMENTS

Si un traitement est à prendre pendant le temps d'accueil de votre enfant, joindre la copie de l'ordonnance médicale.

Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Le nom et le prénom de l'enfant devront être inscrits sur l'emballage.

S'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	

A renseigner obligatoirement

VACCINATIONS OBLIGATOIRES (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)
VACCINATIONS RECOMMANDEES (BCG, Rougeole, Oreillons, Rubéole, Coqueluche, Hépatite B)

Fournir un certificat de vaccinations,
ou une copie lisible des "pages vaccinations" du carnet de santé de l'enfant, mentionnant ses nom et prénom,
ou un certificat médical de contre-indication le cas échéant (le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication).

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

L'enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (P.A.I.) ?

Oui ☐ Non ☐

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Mon enfant porte :
des lunettes ou lentilles ☐
des prothèses auditives ☐
des prothèses dentaires ☐
autre appareillage, précisez :

Y a-t-il des précautions à prendre ? :

.....

Eventuellement, coordonnées du médecin traitant de l'enfant :

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

Je soussigné(e) M – Mme _____

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil loisir présent à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires pour l'état de l'enfant.

Je m'engage à communiquer toutes modifications de renseignements concernant mon enfant qui pourraient intervenir au cours de l'année scolaire.

Lu et approuvé, le _____ Signature du responsable légal