

3. L'enfant - Fiche sanitaire (compléter une fiche par enfant)

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : M F Né(e) le ___ / ___ /

Etablissement scolaire : _____ Classe : _____

3.1 DOSSIER SANITAIRE DE LIAISON

3.1.1. Recommandations utiles des parents			
	Oui	Non	Commentaires et conduites à tenir
Sieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lentilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Appareil dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Appareil auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sait-il nager ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3.1.2. Nom du médecin traitant	Adresse	Téléphone

3.1.3. Régime alimentaire spécifique	Commentaires

3.1.4. Difficultés de santé importante à signaler, antécédents médicaux (maladie accident, crises, convulsions, etc.) ainsi que toutes autres recommandations utiles	Commentaires et conduite à tenir

3.1.5. Allergie			
	Oui	Non	Préciser cause de l'allergie et de la conduite à tenir (fournir ordonnance+ protocole si nécessaire)
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si un PAI (Projet d'accueil individualisé) est mis en place, nous transmettre une copie

3.1.6. Vaccins				
		Oui	Non	Date du dernier rappel
Obligatoire	DT Polio / Pentacoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Recommandé	Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rubéoles Oreillons Rougeoles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autres (précisez, notamment si vaccination méningite C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nous fournir la copie des 3 pages de vaccins du carnet de vaccinations de votre enfant.
 (En cas de vaccinations en cours d'année, merci de nous fournir les pages remises à jour)
 Si l'enfant n'est pas à jour de ses vaccinations, joindre un certificat médical de contre-indication.

4. LES AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) : _____

Autorise(nt) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant :

Nom Prénom	Tél	Lien avec l'enfant

Si occasionnellement une autre personne vient chercher l'enfant, la personne mandatée par la famille devra se munir d'une autorisation datée et signée par les parents et d'une pièce d'identité.

Qui appeler en cas d'urgence autre que les parents ?

Nom Prénom	Tél	Lien avec l'enfant

AUTRES RENSEIGNEMENTS (merci de cocher les cases pour votre accord)	Oui	Non
Autorise mon enfant à être filmé et photographié aux fins d'utilisation par l'accueil de loisirs et son site internet, par la commune et la presse locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorise que mon enfant soit transporté par tous moyens dans le cadre des activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certifie avoir reçu ou pris connaissance sur le site du règlement intérieur et en accepte les conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorise les personnes encadrant l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgences médicales (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consultation Quotient familial :

Nous vous informons que la Caisse d'Allocations Familiales met à notre disposition un service internet à caractère professionnel (CAF PRO) qui nous permet de consulter les éléments de votre dossier nécessaires à l'exercice de notre mission.

Conformément à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant.

Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier (avis d'imposition n-2).

Si vous ne souhaitez pas communiquer vos revenus, le tarif maximum vous sera appliqué.

J'autorise l'ADÈLE à consulter mon dossier sur CAF PRO : Oui Non

Loi RGPD : recueil de consentement à la saisie informatique des données personnelles et de santé :

Dans le cadre de la nouvelle loi RGPD du 25 mai 2018, toutes utilisations de données personnelles doivent être autorisées par les familles. Les informations que nous collectons servent à :

- Avoir les informations concernant l'enfant et les transmettre à l'équipe d'animation durant les activités.
- S'assurer que l'état de santé de l'enfant soit compatible avec le type d'activité proposé (savoir nager, vaccination).
- Avoir les coordonnées des parents et tuteurs afin de pouvoir les joindre en cas de besoin (maladie de l'enfant, hospitalisation)
- Assurer la gestion administrative : facturation.

J'autorise la structure à saisir mes informations personnelles : Oui Non

J'autorise la structure à saisir mes informations médicales : Oui Non

Je soussigné(e) _____ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.

Date : ___ / ___ / _____ Signature :