



## Fiche sanitaire de liaison de l'enfant : Année 2024-2025

Service concerné : accueil de loisirs sans hébergement

En cas de changement pendant l'année, pensez à effectuer les modifications lors des différentes inscriptions aux accueils de loisirs

### I / Enfant

Nom et prénom : .....  garçon  fille

Date et lieu de naissance : .....

### 2/ Vaccinations (joindre une photocopie des pages vaccination du carnet de santé)

Autres (précisez)	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (précisez)	
Ou Tétracoq				BCG	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

### 3/ Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Coqueluche	Rhumatisme articulaire aigu
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Oreillons	Otite	Rougeole	Scarlatine	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :

Asthme	Alimentaires	Médicamenteuses	Autres (animaux, plantes, pollen...)
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, en précisant les précautions à prendre :

**4/ Recommandations des parents** : votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc... :

N° de sécurité sociale de l'enfant : .....  
Médecin traitant (facultatif) : .....

#### **5/ Responsable de l'enfant**

Nom et prénom : .....  
Adresse : .....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Hoymille, le  
Signature

Ce document sera détruit à l'issue de l'année en cours en respect de la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données.

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, autorise la mairie de Hoymille à utiliser mes données personnelles pour le bon fonctionnement du service proposé par la municipalité de Hoymille (accueil de loisirs sans hébergement).

Fait à Hoymille, le  
(signature)

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la mairie de Hoymille pour la gestion des inscriptions, le suivi et la facturation des activités. Elles sont conservées et destinées au service municipal chargé de la gestion de l'accueil de loisirs sans hébergement. Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi « informatique et libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent.