

FICHE AUTORISATION/SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Année : 20..... / 20.....

- Restauration scolaire Accueil matin Accueil soir Espace Jeunes
 Atelier arts plastiques Accueils Collectifs de Mineurs Atelier Théâtre
 ÉCOLE :

1 - ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Masculin

Féminin

2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

| | RESPONSABLE 1 | RESPONSABLE 2 |
|---|---|--|
| Nom | | |
| Prénom | | |
| Adresse | | |
| Code postal - Ville | | |
| Qualité | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Assistant familial <input type="checkbox"/> Autres : | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Assistant familial <input type="checkbox"/> Autres : |
| Téléphone | | |
| Email | | |
| Relation entre les responsables | <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> autres : | |
| En cas de séparation ou de divorce, préciser : | | |
| ➤ Autorité parentale : <input type="checkbox"/> conjointe <input type="checkbox"/> responsable 1 <input type="checkbox"/> responsable 2 <input type="checkbox"/> autres : | | |
| ➤ Résidence principale : <input type="checkbox"/> garde alternée <input type="checkbox"/> responsable 1 <input type="checkbox"/> responsable 2 <input type="checkbox"/> autres : | | |

3 - ASSURANCE EXTRASCOLAIRE

Nom de l'organisme : N° de police d'assurance:

Valable du _____ au _____

4 - REGIME ALIMENTAIRE

Indiquez le régime alimentaire de votre enfant : standard substitution P.A.I

5 - AUTORISATIONS PARENTALES

■ **DROIT A L'IMAGE**

J'autorise les services municipaux à **photographier** mon enfant aux fins exclusives de la communication municipale (bulletin municipal, site internet, newsletter, chaîne Youtube et réseaux sociaux de la ville...) : oui non

Vos données sont collectées dans le cadre d'actions de communication par le service « communication » de la ville d'Haubourdin pour parution et publication sur les médias précités. Ces informations sont diffusées le temps de l'année scolaire et conservées le temps du mandat du maire . Pour tout renseignement, modification, vous pouvez contacter le service communication@haubourdin.fr / 03.20.44.02.53. La base juridique est le consentement. Conformément à la loi « informatique et libertés » de 1978 modifiée et au règlement général de la protection des données 2016/679, le sujet ou son/ses représentant(s) légal/légaux dispose(ent) d'un libre accès aux photos concernant la personne mineure et a le droit de demander à tout moment le retrait de celles-ci. Vous pouvez exercer vos droits sur vos données personnelles, en contactant le Délégué à la Protection des Données : dpd@haubourdin.fr . Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL : www.cnil.fr

■ **SORTIE DE L'ENFANT**

J'autorise mon enfant à partir seul après l'activité : oui non - Si NON, il sera récupéré par une personne habilitée à le faire. La ville se dégage de toute responsabilité vis à vis de la personne envoyée par la famille.

Nom, prénom et qualité des personnes habilitées à venir récupérer l'enfant :

- 1)
- 2)
- 3)

6 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS - ANNÉE 2021-2022)

Rappel nom et prénom de l'enfant : Rappel nom et prénom responsable(s) 1 et 2 :

■ VACCINATIONS

Transmettre la **copie du carnet de vaccination** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).
A défaut de celle-ci, fournir un **certificat médical du médecin attestant que les vaccins de votre enfant sont à jour.**

■ TRAITEMENT MÉDICAL – MALADIES – ALLERGIES

→ L'enfant suit-il un **traitement médical** : oui non

Si **oui** => **pour les Accueils Collectifs de Mineurs** : joindre une **ordonnance** récente justifiant la prise pendant l'accueil de loisirs et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicament dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE.**

=> **pour les autres activités** : pas d'administration de traitement sans P.A.I vu avec le médecin scolaire

→ L'enfant a-t-il déjà eu les **maladies suivantes** ? (entourez/cochez les maladies effectuées)

Rubéole – Angine – Varicelle – Coqueluche – Otite – Rougeole – Oreillons – Scarlatine - Rhumatisme articulaire aigu

→ L'enfant a-t-il **des allergies** ? Asthme : oui non Médicamenteuses : oui non Alimentaires : oui non
Autres :

Si **OUI**, un **P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé)** doit être mis en place auprès du médecin scolaire – 03/20/38/45/03.

L'enfant bénéficie t-il d'un P.A.I. en cours pour sa scolarité : oui non

■ INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ETC..

Précisez.....

Indiquez les **difficultés de santé** (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **précautions à prendre**.....

■ HANDICAP

L'enfant présente t-il un **handicap** : oui non - Si oui, précisez quel type de handicap :.....

L'enfant a t-il une reconnaissance **MDPH (Maison Départementale des personnes Handicapées)** : oui non

Je soussigné, Responsable 1 Responsable 2, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

■ ACCIDENT OU INDISPOSITION

En cas d'urgence, nous nous efforcerons de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Nous utiliserons pour cela les numéros de téléphone que vous nous avez indiqués. Un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital, à moins que son état permette une certaine attente dans le cas où la famille peut le prendre en charge elle-même. **ATTENTION, tout changement de coordonnées téléphoniques doit nous être communiqué dans les plus brefs délais.**

En cas d'accident ou de maladie, personnes à contacter en cas d'urgence et par ordre de priorité :

- 1) Nom : Prénom : Téléphone:.....
- 2) Nom : Prénom : Téléphone:.....
- 3) Nom : Prénom : Téléphone:.....

Nom du médecin traitant:..... Téléphone:.....

Fait à Haubourdin, le.....

Signature **Responsable 1** :

Signature **Responsable 2** :