

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année : 20..... / 20.....

- Pause Méridienne   
  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  
 Adresse : .....  
 .....

### 2 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

➤ **Responsable 1** Nom : ..... Prénom : .....  
 en qualité de :  Père  Mère  Tuteur  Assistant(e) familial(e)  Autres .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Domicile: ...../...../...../...../.....   
  Portable: ...../...../...../...../.....   
  Professionnel: ...../...../...../...../.....

➤ **Responsable 2** Nom : ..... Prénom : .....  
 en qualité de :  Père  Mère  Tuteur  Assistant(e) familial(e)  Autres .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Domicile: ...../...../...../...../.....   
  Portable: ...../...../...../...../.....   
  Professionnel: ...../...../...../...../.....

**Situation familiale entre les 2 responsables:**  Célibataire  Concubinage  Mariés  Séparés  Divorcés  Pacés  
 Veuf(ve)

### 3 - 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.**

### 4 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

#### ■ 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**.....  
 .....

■ **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 les maladies effectuées)

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

\*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

■ **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

■ **REGIME ALIMENTAIRE**

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

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.

**Fait à Haubourdin, le.....**

Signature **Responsable 1** :

Signature **Responsable 2** :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des activités périscolaires. Les destinataires des données sont : les agents de la régie Haubipass, les agents du service scolaire/périscolaire de la ville d'Haubourdin ainsi que les agents des structures accueillant votre(vos) enfants. Les données seront conservées durant l'année scolaire.Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et au règlement général de la protection des données 2016/679, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Délégué à la Protection des Données de la ville par mail : dpd@haubourdin.fr