Ville d'HAUBOURDIN

N° de dossier famille :……
(à remplir par l'administration)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
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
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 ❒ Pacsés ❒ Veuf(ve)

3 – ASSURANCE EXTRASCOLAIRE

Nom de l'organisme : ……
Numéro de police d'assurance: ……
Valable du ___ / ___ / _____ au ___ / ___ / _____

4 - 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.**

5 – 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 :=> <u>pour les Accueils Collectifs de Mineurs</u> :** 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**.

=> **<u>pour les autres activités</u>** : 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 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

■ RÉGIME 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** :

Nom et prénom, valable pour signature :

Signature **Responsable 2** :

Nom et prénom, valable pour signature :

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) enfant(s). 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