

- ACM Pas'sports juniors et vacances
- ACM Pas'sport Badminton
- ACM La Sirène
- ACM Maison des Jeunes

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## DOCUMENT CONFIDENTIEL

DATE DE VALIDITE : 1<sup>ER</sup> JANVIER AU 31 DECEMBRE 2024

Nom			
Prénom			
Sexe	Fille <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/>	
Date de naissance		Numéro mobile (MDJ)	
Classe à la rentrée 2023*		Classe à la rentrée 2024	
<i>*Pour les inscriptions de janvier à juin</i>		<i>*Pour les inscriptions de juillet à décembre</i>	

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la période d'accueil du mineur à l'accueil de loisirs sans hébergement (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles).

### 1. VACCINATIONS (COPIES DES VACCINATIONS obligatoires spécifier nom et prénom de l'enfant concerné)

VACCINS OBLIGATOIRES		VACCINS RECOMMANDÉS	
Diphtérie	<i>Rubéole-Oreillons -Rougeole*</i>	Coqueluche	Pneumocoque
Tétanos	<i>Hépatite B*</i>	Haemophilus	BCG
Poliomyélite	<i>Pneumocoque*</i>	Rubéole-Oreillons-Rougeole	Autres (préciser)
<i>Coqueluche *</i>	<i>Méningocoque C*</i>	Hépatite B	
<i>Haemophilus*</i>			

\* **Pour les enfants nés après le 1<sup>er</sup> Janvier 2018.**

**Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.**

### 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : ...  ..... Taille : ...  ..... (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil de loisirs ?                    oui                     non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente, une **autorisation parentale** et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE**

### ALLERGIES

ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles...	<input type="text"/>
MEDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles...	<input type="text"/>
AUTRES (animaux, plantes, pollen)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles...	<input type="text"/>

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Je suis d'accord pour que mon enfant soit pris en photo au sein de l'accueil collectif de mineurs et j'autorise la diffusion de photos et de vidéo) sur les supports de communication de la ville de Dompierre sur Mer (site internet dompierresurmer.fr et Page facebook Dompierre sur Mer.                    oui                     non

J'autorise la Municipalité à organiser le transport de mon enfant par le responsable ou des parents bénévoles (utilisation du minibus et voiture personnelle)    oui                     non

**Tournez SVP →**

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? oui  non


### 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, habitudes alimentaires etc ...


**AUTRES :**

BAIGNADE -SAIT NAGER :      oui  non       (si oui, joindre une attestation d'aisance aquatique pour le stage de voile)

### 4. PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE- *les responsables légaux seront informés prioritairement*

A contacter en cas d'urgence par ordre croissant	Nom	Prénom	Tél	Lien avec l'enfant	Adresse (ville)
1					
2					
3					

### 5. RESPONSABLE DU MINEUR

**Responsable N°1 :** NOM :  PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOM :  MOBILE :  MAIL :

**Responsable N°2 :** NOM :  PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOM :  MOBILE :  MAIL :

NOM MEDECIN TRAITANT  TEL

Je soussigné(e), , responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

**Date et signature :**

**Les informations recueillies feront l'objet d'un traitement informatique sécurisé, destiné à la gestion de votre dossier.**

**Durée de conservation des données : 1 an. La ville de Dompierre sur Mer s'engage à respecter les dispositions de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et le Règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement et de la libre circulation des données à caractère personnel (Règlement Général sur la Protection des Données – RGPD).**

**Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment en contactant le Délégué à la Protection des Données : [mairie@ville-dompierre-sur-mer.fr](mailto:mairie@ville-dompierre-sur-mer.fr).**