



ACCUEIL DE LOISIRS - VILLE DE ROUSSET
"POINT JEUNES"
ANNEE 2024/2025

**FICHE SANITAIRE
 DE LIAISON**

1- ENFANT
 NOM :
 PRENOM :
 Date de naissance :
 GARCON Mobile de l'enfant :
 FILLE

RESPONSABLE(S) DU MINEUR

PARENT 1 : Pour facturation

NOM : PRENOM :
 Adresse Mail :
 Adresse :

 Date de naissance : ___ / ___ / ____
 Profession :
 Tel Fixe et/ou portable Domicile :
 Tel Fixe et/ou portable Travail :

PARENT 2

NOM : PRENOM :
 Adresse Mail :
 Adresse :

 Date de naissance : ___ / ___ / ____
 Profession :
 Tel Fixe et/ou portable Domicile :
 Tel Fixe et/ou portable Travail :

Personnes à prévenir en cas d'urgence (nom, adresse, tel) :

.....

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant en votre absence :

Nom : Tel :
 Nom : Tel :
 Nom : Tel :
 Nom : Tel :

L'enfant est autorisé à quitter seul le centre : OUI NON

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI

a) Le mineur présente-t-il des troubles de santé?

Allergies alimentaires:	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Préciser quoi :
Allergies médicamenteuses:	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Préciser quoi :
Autres allergies:	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Préciser quoi :
Asthme:	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
Diabète:	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
Epilepsie:	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
Autres:	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	Préciser quoi :

b) Le mineur suit-il un traitement médical régulier?

NON OUI

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqué du Nom et du Prénom du mineur avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

c) Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement?

NON OUI

Si oui ou si l'état de santé de votre enfant nécessite la mise en place d'un PAI, merci de prendre contact avec la direction de l'accueil de loisirs.

d) Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, antécédants d'accidents, d'opérations...):

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALÉES PAR LES PARENTS (l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes ? des lentilles ? des prothèses auditives ? des prothèses dentaires ? problème d'énurésie ?...):

.....
.....

OBSERVATIONS (régime alimentaires) :

Je soussigné(e) Mme et/ou M.

Autorise à administrer à mon enfant du Paracétamol si son état le nécessite.

Autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (soins médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

ROUSSET le

Signature

Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles

Renseignements

Service Jeunesse : 04 42 99 20 61 - 06 16 59 03 40

Point Jeunes - Chemin de la Tuilière - 13790 ROUSSET

Pieces à fournir:

Carnet de santé

Attestation d'assurance

justificatif de domicile

Informations données personnelles : Les données collectées lors de votre inscription au centre des loisirs font l'objet de traitements. Leurs finalités sont la gestion de nos relations et la gestion de la fiche sanitaire de liaison. Les bases juridique des traitements sont l'exécution d'un intérêt légitime pour les activités du centre et une obligation légale pour la fiche sanitaire. Les destinataires des données sont les personnes habilitées en mairie et les tiers autorisés dans la limite de leurs attributions (pompiers, médecin, trésor public). Il n'y a pas d'autre transfert. La durée de conservation des données correspond au temps de la finalité assorti de 2 ans. Vous pouvez exercer vos droits d'information, d'accès, de modification, de suppression de vos données à l'adresse dpo@rousset-fr.com.