

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Accueil de loisirs de GIVRAY – Année 2023-2024

### L'ENFANT

**NOM**.....

**Prénom** .....

**Date de naissance** .....

**Garçon**  **Fille**

**1 – Vaccinations** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

**JOINDRE UNE COPIE DU CARNET DE VACCINATIONS**

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre impérativement un certificat médical de contre-indication. ATTENTION, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.**

**2 – Renseignements médicaux concernant l'enfant**

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI  NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants  
(médicaments dans leurs boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif, l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Varicelle OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Angine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Coqueluche OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Otite OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rougeole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Oreillons OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME OUI  NON  MÉDICAMENTEUSES OUI  NON

ALIMENTAIRE OUI  NON  AUTRES\* OUI  NON

\*Préciser :

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir**

**PAI (Protocole d'accueil individualisé) :** OUI  NON

(fournir le PAI et tous les documents relatifs à ce dernier)

**Indiquez ci-dessous :**

**Les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre**

**4 – Responsable de l'enfant**

**Nom Prénom** .....

**Adresse**.....

**Tel. Domicile** ..... **bureau** .....

**Nom et tél du médecin traitant** (facultatif)

Je soussigné(e), .....

responsable légal de l'enfant susnommé, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou service d'urgences **seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.**

**Date**

**Signature**



## FICHE AUTORISATION

Accueil de loisirs de GIVRAY – Année 2023-2024

Je soussigné .....

responsable légal de l'enfant .....

- Autorise la mairie à consulter et à utiliser des informations individualisées de mon dossier prestation familiale CAF.
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par l'accueil de loisirs (déplacements à pieds, à vélo, en transport en commun, en véhicule municipal...)
- Autorise l'équipe d'animation à photographier et/ou à filmer mon enfant à des fins d'exposition photo interne, aux activités de la structure, pour le bulletin municipal, la presse locale, le site internet de la commune ou les réseaux sociaux de l'accueil de loisirs.
- Autorise la mairie à me communiquer par mail toute information relative à la structure et à me contacter par téléphone en cas d'urgences
- Autorise mon enfant à partir seul de la structure

**Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de fonctionnement et je m'engage à le respecter et à le faire respecter à mon enfant (obligatoire)**

Date :            Signature :

### Documents à fournir :

- Dossier d'inscription (fiche sanitaire de liaison, fiche autorisations)
- Copie du carnet de vaccination
- Attestation du dernier quotient familial

#### **Information sur la collecte des données à caractère personnel (conformément au cadre réglementaire en vigueur)**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi et à la facturation des services périscolaires. Le caractère confidentiel des informations est strictement limité au personnel habilité par la Mairie de LIGUGE. Les données à caractère confidentiel seront conservées pendant une durée légale de 10 ans pour le suivi de la facturation et ne seront pas utilisées à d'autres fins. Conformément aux dispositions de la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données, vous pouvez à tout moment demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité ou la limitation des données vous concernant, ou vous opposer à leur traitement, en contactant le délégué à la protection des données :

• Par mél à [dpd@grandpoitiers.fr](mailto:dpd@grandpoitiers.fr)

• Par courrier : à l'attention du délégué à la protection des données, Mairie, Place du Révèrent-Père Lambert, 86240 Ligugé

Toute personne estimant que le droit à la protection de ses données n'est pas assuré, peut introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Accueil de Loisirs de Givray

[alshdegivray@liguge.fr](mailto:alshdegivray@liguge.fr)

05.49.55.29.92

Directeur : David MOULIN - 06.05.00.28.81 – david.moulin@liguge.fr