

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM:							
DATE DE NAISSA	ANCE:	/	/				
SEXE: N	E: M						
Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs). 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)							
VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS DATES RECOMMANDÉS			
Diphtérie				Coqueluche			
Tétanos				Haemophilus			
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons- Rougeole			
				Hépatite B			
				Pneumocoque			
				BCG			
				Autres (préciser)			
SI LE MINEUR N'A INDICATION.	A PAS LES	VACCIN:	S OBLIGATOIRES JOIN	DRE UN CERTIFICAT	MÉDICAL DE CONTRE-		
2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR							
Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)							
Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non							
médicaments dar	ns leur er	nballag		es au nom de l'en	ondants (boîtes de fant avec la notice).		

ALLERGIES :	ALIMENTAIRES MEDICAMENTEUSES AUTRES (animaux, plantes, pol Précisez	len) :	oui oui	□ non □ non □ non	
Si oui, joindi conduite à t	re un certificat médical précisar enir.	nt la cause d	de l'aller	gie, les sig	nes évocateurs et la
	résente-t-il un problème de sar				
Port des lun difficultés de	ANDATIONS UTILES DES PAREN ettes, de lentilles, d'appareil de e sommeil, énurésie nocturne, e	ntaire ou au tc			
Responsabl ADRESSE :	ABLES DU MINEUR e N°1 : NOM :				
TEL DOMIC	ILE	TEL TRAVA			
•	e N°2 : : NOM :				
TEL DOMIC	ILEBLE :	TEL TRAVA			
NOM ET TE	L MEDECIN TRAITANT :				
déclare examécessaire.	é(e) cts les renseignements portés l'autorise le responsable de l'a idues nécessaires selon l'état de	sur cette fi ccueil de lo	iche et r isirs à pi	n'engage endre, le	à les réactualiser si
Date :		Signature	e :		

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (ENFANT ET FAMILLE) RÈGLEMENTATION RGPD

JE SOUSSIGNÉ							
Nom / prénom							
Qualité (père/mère/tuteur)							
Nom / prénom de votre enfant							
Adresse personnelle							
PAR LA SIGNATURE DU PRÉSENT DOCUMENT							
• Je reconnais avoir été informé(e) que les données à caractère personnel recueillies dans							
le cadre des dossiers d'inscription aux activités auxquelles participe mon enfant sont obligatoires							
pour permettre à la FDMJC ALSACE la prise en compte et le suivi de mon dossier. Elles seront conservées 3 ans.							
• J'autorise la FDMJC ALSACE, dans le respect du secret professionnel à communiquer aux seules							
personnes et organismes concernés par la gestion de ce dossier, les informations à caractère							
personnel / médical nécessaires.							
DROITS À L'IMAGE							
J'autorise que mon enfant soit filmé/photographié dans le cadre de ces activités.							
Ces films/photos pourront être utilisés pour des publications de la collectivité partenaire							
de l'Animation Jeunesse et par la FDMJC ALSACE (dans un but non commercial) sans limitation							
de durée. Si je refuse, je le signale par écrit à l'animateur.							
SÉCURITÉ - ASSURANCE							
J'autorise le responsable à prendre toutes les dispositions qu'il jugerait utiles en cas d'accident							
ou de malaise survenu à mon enfant. Je demande à être prévenu dans les plus brefs délais.							
L'organisateur s'engage à déclarer l'accident à son assureur (MAIF, sociétaire n°0902475 B)							
afin d'assurer le remboursement des frais liés au sinistre.							
Fait le Signature							
À							