



## DOSSIER SANITAIRE

### Neuville-les-Dieppe – Val Druel



#### DOCUMENTS OBLIGATOIRES

⇒ Copie du vaccins DTPOLIO à jour

#### FACTURATION :

Nom, prénom :  
Adresse :  
Code postal :  
Ville :  
Téléphone :  
Nom allocataire :  
N° Allocataire :  
E-mail :

#### ENFANT :

Masculin  Féminin

Nom :  
Prénom :

Né(e) le : / /

L'enfant fréquente-t-il un établissement scolaire à Dieppe : Oui  Non

L'enfant est autorisé à quitter seul la structure : Oui  Non

Si oui à partir de : ..... H .....

Compagnie d'assurance extra-scolaire :  
N° de contrat :

#### IMAGE :

Sauf refus écrit de votre part, la participation de votre enfant vaut autorisation de diffusion de son image sur les supports de communication de l'association.

#### HANDICAP :

L'enfant est-il porteur de handicap ? Oui  Non

Si oui, un rendez-vous avec le directeur est nécessaire.

Est-il bénéficiaire de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ? Oui  Non

**(Veuillez fournir la notification de droit A.E.E.H ou le dossier M.P.D.H)**

#### REGIME REPAS :

Végétarien  Sans porc

Allergie alimentaire :



## DOSSIER SANITAIRE Neuville-les-Dieppe – Val Druel



### RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

Responsable 1	Responsable 2
Titulaire de l'autorité parentale : En cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant	Titulaire de l'autorité parentale : En cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant
Civilité : Nom : Prénom : Adresse : Code postal : Ville : Téléphone domicile : Portable : E-mail :	Civilité : Nom : Prénom : Adresse : Code postal : Ville : Téléphone domicile : Portable : E-mail :

### AUTORISATION :

Indiquez ci-dessous les personnes autorisées à récupérer l'enfant (nom, prénom, téléphone, lien avec l'enfant) :

-  
-  
-

Vous dégagez les organisateurs de toute responsabilité en dehors des horaires d'accueil.  
Vous autorisez le directeur à prendre toutes les mesures médicales urgentes qui s'imposent.  
Vous vous engagez à rembourser les frais médicaux avancés.  
Vous donnez votre accord pour que l'enfant soit transporté par tout moyen approprié lors des activités.  
Vous consentez à ce que les données d'adhésion soient traitées informatiquement.  
Vous autorisez le service comptabilité MDJ à utiliser CAFPRO pour la facturation lors de l'inscription.

L'association applique le Règlement Européen sur la protection des données et a instauré des procédures pour sécuriser vos informations. Pour exercer vos droits, contactez le siège social avec l'objet précis de votre demande.

Je soussigné(e) ..... certifie que les informations mentionnées dans ce document sont correctes et approuve ses conditions.

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature :



## L'ENFANT

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE 

## 1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). (Fournir copie des vaccins)

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	X			Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE 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 pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ?  Oui  Non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(Boîtes de médicaments dans leur emballage 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....

**3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
.....

**4- AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, 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 l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :