

FICHE SANITAIRE

CADRE RÉSERVÉ A L'ACM (ne pas remplir). Merci.

Age : Tranche d'âge :

Photo de l'enfant

obligatoire

A coller
(ne pas agraffer)

L'ENFANT

NOM - Prénom : Sexe : F ☐ M ☐

Date et lieu de naissance : AGE :

Adresse :

Classe fréquentée :

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT *Pensez à nous signaler les changements de numéro de téléphone !*

Nom - Prénom

Qualité ⁽¹⁾ : père / mère / beau-père / belle-mère / tuteur / autres :

Situation familiale ⁽¹⁾ : marié(e) / pacsé(e) / concubin(e) / célibataire / divorcé(e) / célibataire / veuf(ve)

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Tél. (indispensable) - domicile : portable : travail :

Courriel :

Régime : - général ou fonctionnaire : CAF n° : Quotient familial :

- agricole MSA n°

- autres :

N° sécurité sociale :

Profession : Nom et adresse de l'employeur :

2^e PARENT

Nom - Prénom

Qualité ⁽¹⁾ : père - mère / beau-père / belle-mère / tuteur / autres :

Adresse* (si différente de celle de l'enfant) :

Tél. (indispensable) - domicile : travail : portable :

Courriel : N° sécurité sociale :

Profession : Nom et adresse de l'employeur :

PERSONNE À CONTACTER en cas de problème (si différente du responsable légal) :

Nom - Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

Tél. (indispensable) - domicile : portable : travail :

TUTELLE Si la famille est placée sous tutelle, merci de préciser le nom et adresse du tuteur :

Tél. : Courriel :

FAMILLE D'ACCUEIL Si l'enfant est placé dans une famille d'accueil, préciser le nom et adresse de l'assistant familial de

Tél. : Courriel :

SANTÉ DE L'ENFANT :

MÉDECIN TRAITANT : Nom - Prénom..... Tél.....

L'enfant peut-il bénéficier de la couverture maladie universelle (CMU) ? ☐ oui ☐ non Si oui, merci de nous joindre le justificatif.

Groupe sanguin : Rhésus : ☐ positif ☐ négatif

VACCINATIONS : dates du dernier rappel :

Méningite Hépatite B.....

DT Polio ou Tétracoq Rubéole - Oreillons - Rougeole (ROR ou Infantix)

AUTRE (à préciser)

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

(joindre un certificat de contre-indication dans le cas où l'enfant n'est pas immunisé par les vaccins obligatoires. Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.)

L'enfant suit-il un traitement à long terme : ☐ oui depuis quand : ☐ non

Si oui, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicament au nom de l'enfant avec notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance récente.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole : ☐ oui ☐ non Varicelle : ☐ oui ☐ non Rougeole : ☐ oui ☐ non

Coqueluche : ☐ oui ☐ non Scarlatine : ☐ oui ☐ non Rhumatisme articulaire : ☐ oui ☐ non

Oreillons : ☐ oui ☐ non

L'enfant a-t-il les allergies suivantes :

Asthme : ☐ oui ☐ non Médicamenteuses : ☐ oui ☐ non Alimentaires : ☐ oui ☐ non

Précisez quel(s) médicament(s), quel(s) aliment(s) :

Préciser la cause de l'allergie : En cas d'allergie alimentaire, veuillez prendre contact avec le service pour la mise en place du Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducation)

Recommandations utiles des parents :

(préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...)

Le responsable légal de l'enfant, déclare que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et notamment en cas d'accident. Les parents en seront immédiatement informés.

Fait à.....le..... Signature du ou des responsables de l'enfant,

Il est important de fournir tous les justificatifs nécessaires sur la santé de votre enfant (photocopie du carnet de santé).

AUTORISATION PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS SPORTIVES

Je soussigné M certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication à la vie collective et qu'il est apte à la pratique des activités proposées par la Ville, à savoir :

- **activités nautiques....** oui ☐ non ☐ *(pour les enfants de + de 9 ans, joindre une copie du brevet de natation),*
- **activités sportives et de plein air proposées par la Ville....** oui ☐ non ☐ *(si non, joindre un certificat médical de contre-indication à la pratique sportive).*

Fait à.....le.....

Signature

Vos données à caractère personnel font l'objet d'un traitement dont le responsable est le maire de Ville de Vouziers. La collecte de ces données est obligatoire. Elle permet aux services scolaires, périscolaires et extrascolaires d'assurer la sécurité sanitaire de votre enfant ainsi que de communiquer toutes informations utiles aux responsables légaux. Les destinataires de ces données sont les agents de la Ville de Vouziers intervenant dans ces services. Les données collectées sont conservées pendant deux années scolaires, puis sont détruites. Vous pouvez accéder aux données et obtenir copie des données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de ces données et à leur portabilité. Pour exercer ces droits, vous pouvez adresser votre demande par courrier postal (Mairie de Vouziers - place Carnot - 08400 VOUIERS). Toute demande doit être accompagnée d'un justificatif de votre identité.