



## FICHE SANITAIRE ET DE LIAISON ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS

(Accueils de loisirs périscolaires et extrascolaires, activités Dijon Sports Découverte, . . .)

### ENFANT CONCERNE

NOM :	Prénom :
Sexe : F M	
Date de naissance :	
Adresse :	
Ecole :	
Repas : Normal	Sans porc

Responsable légal 1	Responsable légal 2
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
ADRESSE :	ADRESSE :
Tél domicile :	Tél domicile :
Tél professionnel :	Tél professionnel :
Tél portable :	Tél portable :
Mail :	Mail :

### ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Communiquer le n° de votre police d'assurance ou joindre une attestation à jour.

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

#### 1° VACCINATIONS

Fournir la photocopie du carnet de vaccination, en y reportant le nom de l'enfant et son école de rattachement ou remplir le tableau ci-dessous.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				ROR	
ou Tétracoq				Autres (préciser)	
BCG					



## **2° ELEMENTS MEDICAUX**

Votre enfant présente-t-il un problème d'allergie ou d'intolérance alimentaire, un trouble de la santé évoluant sur une longue période (à l'exclusion des maladies aiguës) ?

Allergies

Asthme

autre affection évoluant sur une longue durée

*S'il existe un PAI, le fournir au responsable de la structure, sinon préciser le type d'allergie ou d'affection et communiquer le protocole médical concernant la conduite à tenir en cas de symptômes.*

.....  
.....

*En cas de traitement ponctuel, qui doit rester exceptionnel, vous devez fournir une copie de l'ordonnance en cours de validité au responsable de la structure, ainsi qu'une autorisation de votre part pour les professionnels accueillant votre enfant d'administrer les médicaments.*

Autre problème ou élément devant être signalés (contre-indication à la pratique de certaines activités)

.....  
.....  
.....  
.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes, un appareillage dentaire, auditif, . . . ?

.....  
.....  
.....  
.....

## **3° PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

Responsable légal 1.....Tél.....

Responsable légal 2.....Tél.....

Autres personnes

.....Tél.....

.....Tél.....

.....Tél.....

.....Tél.....



## AUTORISATIONS

Je soussigné (e),

.....  
1) Autorise le responsable à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (recours aux services d'urgence).

OUI  NON

2) Autorise mon enfant à rentrer seul le soir.

*Attention, pour les accueils de loisirs périscolaires et extrascolaires, seuls les enfants de cours moyen sont autorisés à rentrer seuls.*

OUI  NON

3) Autorise les personnes ci-dessous à venir rechercher mon enfant.

*Attention, seules les personnes mentionnées ci-dessous, sur présentation d'une pièce d'identité, seront autorisées à récupérer l'enfant.*

Nom	Téléphone	Adresse
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

4) Autorise l'accueil de loisirs, les mercredis en période scolaire, à assurer un transport pédestre ou par véhicule adapté, entre l'école et l'accueil de loisirs de secteur.

OUI  NON

5) Autorise mon enfant à pratiquer les diverses activités proposées par l'accueil (piscine, patinoire, sorties culturelles.. .) et à s'y rendre par le moyen choisi par le responsable.

OUI  NON  Si non, préciser : .....

*Pour certaines activités, il pourra être demandé un certificat médical. Une nouvelle autorisation vous sera demandée pour une sortie hors agglomération.*

6) Autorise la Ville de Dijon à réaliser des images de mon enfant dans le cadre de son accueil en vue de leur utilisation pour une communication sur tous supports d'information présents ou à venir (guides pratiques, revues municipales, site internet, . . .) et atteste ne prétendre à aucune indemnité en argent et nature, actuellement ou dans le futur.

OUI  NON

7) Atteste de l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche.

A DIJON, LE :

**SIGNATURE (S)**