



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de votre enfant.
Elle vous évite de vous démunir de son carnet de santé.

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

fille garçon Date de naissance :

I - Vaccinations :

Merci de joindre à cette fiche une photocopie des vaccinations de votre enfant. Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

II – Renseignements médicaux :

- Votre enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour / l'accueil ?
 oui non

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

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cochez oui ou non pour chacune)

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

- Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
 alimentaires oui non autres

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

III - Recommandations utiles :

Préciser si votre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc...

.....

.....

.....

IV - Responsable légal de votre enfant :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

.....

.....

Tél. domicile : travail : portable :

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

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également la MJC de Viry à saisir et à conserver les données contenues dans cette fiche selon les conditions énoncées ci-dessous.

Date : Signature :

Accès aux données vous concernant :
Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par les salariés de la MJC de Viry dans un fichier informatisé pour respecter l'obligation légale d'accueil de mineurs en centre de loisirs. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : animateurs de la MJC, bénévoles encadrants en contact avec l'enfant, personnel administratif de la MJC pour la saisie informatique, corps médical le cas échéant. Les données sont conservées tant que l'enfant participe aux activités de la MJC et qu'aucune mise à jour n'est nécessaire, et 3 ans maximum après l'arrêt des activités. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, merci de contacter le secrétariat de la MJC : mjcviry74@gmail.com ou 04.50.74.57.49 ou à l'accueil, 140 rue Villa Mary, 74580 Viry
N'hésitez pas à consulter le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.