



# Fiche sanitaire de liaison ALSH de l'Oust à Brocéliande Communauté

## ENFANTS

Garçon  Fille

NOM : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

N° Sécurité Sociale auquel est rattaché l'enfant .....

Régime auquel l'enfant est rattaché :  CAF  MSA

N° allocataire (**obligatoire**) : .....

Autre régime (*préciser*) : .....

Responsabilité civile (**fournir une attestation**) : .....

Téléphone portable des parents : .....

Adresse mail : .....

## Renseignements médicaux concernant l'enfant

**En cas de traitement au cours du séjour de l'enfant, il est impératif de fournir une ordonnance récente.  
Merci de fournir également la copie des pages de vaccinations du livret de santé.**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? (**Cochez les maladies déjà contractées**)

- |                                   |                                    |   |                                     |                                     |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole  | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Angine                 | <input type="checkbox"/> Otite      | <input type="checkbox"/> Coqueluche |
| <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire | <input type="checkbox"/> Scarlatine |                                     |

ALLERGIES :

- Asthme       Allergie alimentaire       Allergie médicamenteuse

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

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

Lieu d'hospitalisation souhaité dans le cas où votre enfant est suivi par un CHU en particulier : .....

Coordonnées du médecin traitant : .....

## Responsables légaux

**Père** Responsable légal :  Oui  Non

NOM : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Célibataire    Marié    Divorcé    Veuf    Union Libre    Pacsé

Adresse : .....

N° Sécurité Sociale .....

N° CAF si différent de celui auquel est rattaché l'enfant : .....

Tél fixe : ..... Tél portable : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

**Mère** Responsable légal :  Oui  Non

NOM : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Célibataire    Marié    Divorcé    Veuf    Union Libre    Pacsé

Adresse : .....

N° Sécurité Sociale .....

N° CAF si différent de celui auquel est rattaché l'enfant : .....

Tel fixe et portable : ...../.....

Nom et adresse de l'employeur : .....

**Autre responsable** Responsable légal :  Oui  Non

NOM : ..... Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

N° Sécurité Sociale .....

Tel fixe et portable : ...../.....

## Complément d'informations

### SEPARATION DES PARENTS (droits de garde)

Détient l'autorité parentale :  Père  Mère      Garde :  Alternée  Partagée

*Modalités de garde (joindre la copie du jugement)*

FACTURATION à adresser à .....

### RECOMMANDATIONS UTILES

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc : .....

### RECOMMANDATIONS FACULTATIVES

Afin de nous permettre de mieux comprendre votre enfant, il est intéressant de mieux connaître son environnement. L'enfant est suivi par un psychomotricien, un orthophoniste, autres éléments qu'il vous semble utile de mentionner : .....

### AUTORISATIONS DIVERSES

En inscrivant mon enfant : (cochez oui ou non)

J'ai bien pris note, qu'une fois en dehors des temps d'accueil, mon enfant n'est plus sous la responsabilité du directeur et qu'il ne sera accompagné ni à l'aller ni au retour, par le personnel de l'Oust à Brocéliande Communauté :  **Oui**  **Non**

J'ai bien pris connaissance du règlement intérieur téléchargeable sur le site internet de l'O.B.C. et affiché dans les structures :  **Oui**  **Non**

J'autorise l'O.B.C. à utiliser mon numéro d'allocataire (CAF/MSA) pour toute démarche administrative utile à la structure :  **Oui**  **Non**

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités culturelles, sportives et de loisirs proposées par l'accueil de loisirs :  **Oui**  **Non**

J'autorise également mon enfant à utiliser les transports organisés par l'O.B.C dans le cadre des sorties :  **Oui**  **Non**

J'autorise les animateurs à photographier mon enfant dans le cadre des activités du centre et à utiliser les photos sur les supports de promotion des structures:  **Oui**  **Non**

## Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e), .....  
responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie...) rendue nécessaire par l'état de l'enfant. Si le médecin juge que l'état de l'enfant ne nécessite pas l'hospitalisation ni de mesures particulières, celui-ci pourra quitter l'établissement médical accompagné d'un membre habilité par l'O.B.C., dans les heures de fonctionnement du centre.

Je reconnais que toute modification dans les renseignements portés ci-dessus fera l'objet d'une correction de la présente attestation. En vertu du Règlement Général sur la Protection des Données applicable au 25/05/2018, les personnes concernées par la collecte des données à caractère personnel doivent faire l'objet d'informations relatives au traitement de ces données (article 13 du RGPD). Oust à Brocéliande communauté, en sa qualité de responsable de traitement collecte vos données à caractère personnel pour l'inscription aux activités organisées par le service jeunesse de l'Oust à Brocéliande Communauté. Vos données sont conservées pour une durée qui n'excède pas 2 ans de la collectivité ou, pour les services payants, une durée nécessaire au recouvrement des sommes dues. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement de vos données, de limitation ou d'opposition au traitement et du droit à la portabilité. Vous disposez également du droit de retirer à tout moment votre consentement le droit échéant et du droit d'introduire une réclamation auprès du Délégué à la Protection des Données d'Oust à Brocéliande

Date ..... 2022

Signature 1<sup>er</sup> représentant légal :

Date ..... 2022

Signature 2<sup>ème</sup> représentant légal :

**Cette fiche de renseignements a une validité de 2 ans, vous pourrez la contresigner début 2020 après avoir pris soin de vérifier que toutes les informations y figurant sont exactes (numéros de téléphones, problèmes de santé survenus dans l'année etc...)**

Date ..... 2023

Signature 1<sup>er</sup> représentant légal :

Date ..... 2023

Signature 2<sup>ème</sup> représentant légal :

## Notice et points importants

Tous les éléments demandés sur cette fiche sont importants et nécessaires. Si certains éléments venaient à manquer, ladite fiche serait considérée comme incomplète et les **directeurs seraient en mesure de refuser les enfants sur les structures.**

Les pièces à joindre à cette fiche sont :

- o Une copie de l'attestation d'assurance couvrant la responsabilité civile de l'enfant.
- o Une copie des pages vaccination du carnet de santé.

-La signature des deux représentants légaux est indispensable. En cas de séparation, il est impératif d'obtenir la signature du deuxième représentant si celui-ci exerce également l'autorité parentale sur l'enfant.

-Nous rappelons aux parents qu'à partir du moment où ils sont présents sur les structures, les enfants repassent automatiquement sous leur responsabilité et plus sous la responsabilité des équipes d'animation.