

# FICHE SANITAIRE LIAISON 2020

## AL DE BETHENCOURT-SUR-MER

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance:

Lieu de naissance:

### Responsable légal

Nom :

Prénom :

Adresse :

Email (obligatoire) :

Régime général : CAF

Régime agricole : MSA

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, ....., responsable légal de l'enfant..... autorise le Responsable du groupe de l'AL de Béthencourt-sur-mer à prendre, le cas échéant, toutes mesures : traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je m'engage à payer la part de frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels.

Je m'engage à prendre à ma charge les suppléments dus à un retour individuel de mon enfant, ainsi que les frais d'accompagnement.

Fait à .....

Signature :

Le .....

### Joindre impérativement :

- la photocopie des vaccins
- une attestation d'assurance
- la photocopie de la carte vitale

Nous précisons que la responsabilité de la Commune de Béthencourt Sur Mer ne saurait être engagée vis-à-vis de votre fils / fille en dehors des activités et horaires de l'AL

LA COMMUNE DE BETHENCOURT-SUR-MER INFORME LES RESPONSABLES LEGAUX DES MINEURS CONCERNES DE LEUR POSSIBILITE DE SOUSCRIRE UN CONTRAT D'ASSURANCE DE PERSONNES.

(Absence de tiers, exemple: un enfant victime de sa propre maladresse ). L'assurance Extra scolaire est un exemple de contrat pouvant remplir les conditions d'une assurance de personnes.

Toute inscription à l'AL fera l'objet d'une facture. Sauf cas particulier ( maladie, blessure...) la prestation ne sera pas remboursée. (Joindre un certificat médical).

En cas de problème grave de comportement, la direction peut décider du renvoi d'un jeune. Dans ce cas l'autorité parentale doit venir le récupérer sur place.

Noms et tél des personnes à contacter en cas d'urgence (en dehors des parents)

Noms des personnes autorisées à reprendre mon enfant :

J'autorise mon enfant à repartir seul

Oui  Non

Autorise la prise de vue (pour une utilisation à l'AL)

Oui  Non

Autorise la diffusion de photos de mon enfant sur le site communal

Oui  Non

J'autorise la Direction de l'Accueil de Loisirs à consulter les ressources du site

Oui  Non

C.D.A.P (Consultation Données Allocataires Partenaires)

AL de Béthencourt Sur Mer - 8 grande rue 80130 Béthencourt Sur Mer

☎ 03.22.30.74.19

mail : mairie.bethencourt-sur-mer@laposte.net

Qui exerce L'autorité Parentale ?	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	Les parents de l'enfant sont :	<input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Séparés
Nom et Prénom du père :	☎ / / / / ☎ / / / /	Nom et prénom de la mère :	☎ / / / / ☎ / / / /
Nom et adresse de L'employeur du Père :	..... ..... ..... ☎ / / / /	Nom et adresse de L'employeur de La mère	..... ..... ..... ☎ / / / /
Nom et adresse du Médecin traitant :	..... à..... ☎	N° affiliation CAF : ( obligatoire ) N° de S Sociale :	..... .....
Nom et adresse De la Caisse de Sécurité Sociale	..... ..... .....	Nom et adresse De la Mutuelle N° de Sociétaire	..... ..... .....
Nom et Adresse De l'assurance de personne : N° de sociétaire :	..... ..... ..... .	L'enfant possède-t- il une carte d'identité nationale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  (Si oui, fournir une Photocopie)

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L' ENFANT**

**1- VACCINATIONS**

VACCINS OBLIGATOIRES	O U I	N O N	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				Autre (préciser)	
OU Tétracoq					
BCG					

**2 - L' ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES**

	O U I	N O N		O U I	N O N		O U I	N O N
Angine			Otite			Rubéole		
Coqueluche			Rhumatisme Articulaire Aigu			scarlatine		
Oreillons			Rougeole			Varicelle		

PRECISEZ LA CAUSE DE L ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR ( si auto médication, le signaler )  
RECOMMANDATIONS DES PARENTS.....  
.....

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication. ATTENTION le Vaccin anti-tétanos ne présente aucune contre-indication.

ALLERGIES : ASTHME : oui  Non       MEDICAMENTEUSE : Oui  Non   
ALIMENTAIRES : Oui  Non       AUTRES : .....

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui  Non   
(Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).      **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**