

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### RENSEIGNEMENTS DU MINEUR :

FILLE ☐

GARCON ☐

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

### LE MINEUR A -T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rougeole ☐ Rubéole ☐ Oreillons ☐ Varicelle ☐ Coqueluche ☐ Scarlatine ☐

### ALLERGIES

☐

ASTHME : ☐ OUI ☐ NON

MÉDICAMENTEUSE : OUI ☐ NON si oui, lesquelles : .....

ALIMENTAIRE : ☐ OUI ☐ NON si oui lesquelles : .....

AUTRES : .....

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

#### Votre mineur porte-t-il des :

Lentilles ☐ Lunettes ☐ prothèses auditives ☐ Prothèses dentaires ☐

Autres : .....

#### Responsable 1

Nom : .....

Prénom : .....

Tel domicile : .....

Tel travail : .....

Portable : .....

E-mail : .....

#### Responsable 2

Nom : .....

Prénom : .....

Tel domicile : .....

Tel travail : .....

Portable : .....

E-mail : .....

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON (SUITE)

## AUTORISATION PARENTALE

**Personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à venir chercher mon enfant en cas d'indisponibilité du représentant légal (présentation d'une pièce d'identité)**

Nom, prénom : ..... Tél : .....

Nom, prénom : ..... Tél : .....

Nom, prénom : ..... Tél : .....

## Médecin

Nom, prénom du médecin traitant : .....

Tél : .....

## EN CAS D'URGENCE

**En cas d'accident, mon mineur sera dirigé par les secours vers :**

☐ Le centre hospitalier .....

(si hôpital, préciser le nom)

**OU**

☐ La clinique .....

(si clinique, préciser le nom)

## Responsable 1

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à respecter le règlement intérieur. J'autorise le coordonnateur à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date : .....

Signature des détenteurs de l'autorité parentale :

## Responsable 2

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à respecter le règlement intérieur. J'autorise le coordonnateur à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date : .....

Signature des détenteurs de l'autorité parentale :

## FICHE D'INSCRIPTION

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

sexe : ☐

F

☐

M

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° tél fixe : ..... N° tél portable : .....

E-mail : .....

Etablissement scolaire fréquenté : .....

### Documents obligatoires à fournir :

- Responsabilité civile
- Copie des vaccins
- PAI éventuel
- \* copie carte vitale
- \* copie pièce d'identité du mineur

### Formulaire de consentement pour le traitement de données personnelles

L'établissement CDC SARLAT PERIGORD NOIR collecte et traite vos données personnelles au sein du logiciel Domino'Web. Ce logiciel permet la gestion des structures scolaires, d'accueil, de loisirs et de temps libre.

Je soussigné(e) .....

Responsable légal de/des enfant(s) .....

.....

accepte le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants

n'accepte pas le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants\*

\* En cas de refus, veuillez vous adresser à CDC SARLAT PERIGORD NOIR.

Veuillez cocher la case correspondante si vous acceptez / n'acceptez pas le traitement de vos données.

Fait le : ..... Signature .....

***You can exercise your rights relating to the use of personal data by addressing your requests to the following address:***

**CDC SARLAT**

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) ..... Père/mère/représentant légal, avoir pris connaissance des points ci-dessous :

- **AUTORISATION DE SORTIE**

Mon enfant peut participer aux sorties prévues par la structure. Je serai prévenu(e) au préalable des sorties, notamment celles nécessitant un moyen de transport.

A ....., le .....

Signature

- **AUTORISATION D'HOSPITALISATION**

Je donne pouvoir à Mr le responsable de la structure, ou à défaut son adjoint, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

A ....., le .....

Signature

- **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou de maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A ....., le .....

Signature

- **AUTORISATION DE PUBLICATION**

A l'occasion de sorties ou d'activités, il se peut que mon enfant soit photographié pour publication dans un journal, une brochure, une note d'information, je donne autorisation pour ces prises de photos et ces publications.

A ....., le .....

Signature

## ACTIVITES PROPOSEES VACANCES DE FEVRIER

**Mardi 10 février** : 8h30/18h

PRESENT(E)

**Prévoir pique- nique**

Centre Départemental de Tennis (Tennis / badminton / padel / pickleball)

ABSENT(E)

**Vendredi 13 février** :8h30/18h

PRESENT(E)

**Prévoir pique-nique**

Dojo Départemental (Arts martiaux / blazepod / tir laser)

ABSENT(E)

**Mercredi 18 février** : 8h30/18h

PRESENT(E)

**Prévoir pique- nique**

Gymnase Sarlat sport collectif :

ABSENT(E)

**RAYER LA MENTION INUTILE**

**Signatures parents/mineur**

**Infos et contacts :**

Christophe et Magali : 05.53.31.19.11 / 06.08.69.99.29

Toufik : 06.82.84.88.15