



## FICHE SANITAIRE 2024/2025 ACCUEILS DE LOISIRS (Tous les accueils péri et extra-scolaire)

Pour mieux connaître votre enfant, être au plus près de vos préoccupations afin d'agir efficacement en cas de problème, nous vous remercions de bien vouloir compléter très précisément ce document.  
**Sans cette formalité, votre enfant ne pourrait être accepté au centre de loisirs.**

**ENFANT :** Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Sexe :  masculin  féminin  
Ecole fréquentée : ..... Classe : .....

**RESPONSABLES :**

Nom/prénom du responsable légal 1 : .....  
Adresse : .....  
Numéros de téléphone (obligatoire) : Professionnel : ..... Portable : ..... Domicile : .....  
Nom/prénom du responsable légal 2 : .....  
Numéros de téléphone : Professionnel : ..... Portable : ..... Domicile : .....

**LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES :**

1- Vaccinations

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
- Pour les enfants nées AVANT 2018 : DTP (diphtérie, tétanos, poliomyélite)		BCG (renseignement facultatif)	
- Pour les enfants nées APRES 2018 : DTP (diphtérie, tétanos, poliomyélite) ; Coqueluche ; Haemophilus ; Hépatite B ; Méningocoque de type C ; Pneumocoque ; ROR (rougeole, oreillons, rubéole)			

2- L'enfant a-t-il des allergies (alimentaires, médicamenteuses, autres,...) ? :

oui  non

Si oui, nous communiquer le projet d'accueil individualisé (P.A.I.)

**Aucun médicament ne pourra être administré sans un protocole clairement identifié par le responsable de la structure**

**VOS RECOMMANDATIONS :**

N'hésitez pas à nous communiquer les éléments qui vous paraissent importants : port de lunettes, de lentilles, d'appareil auditif, d'appareil dentaire, consignes alimentaires .....



## VOS AUTORISATIONS :

### ▪ LES SORTIES :

1- Mon enfant peut sortir seul :  oui  non  
si oui, précisez l'heure de sortie à .....H.....

2- Ces personnes sont autorisées à venir chercher mon enfant (une pièce d'identité sera exigée) :

Nom/Prénom : ..... Tél. / Adresse : ..... Lien avec l'enfant .....

Nom/Prénom : ..... Tél. / Adresse : ..... Lien avec l'enfant .....

Nom/Prénom : ..... Tél. / Adresse : ..... Lien avec l'enfant .....

Il est obligatoire d'indiquer au moins une personne. S'il y a des changements en cours d'année, veuillez en informer le responsable des accueils de loisirs.

### LA BAIGNADE :

J'autorise mon enfant à pratiquer les activités de baignade organisées par le Centre de loisirs :

Oui  Non

#### Informations concernant le traitement des données à caractère personnel

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par le service Périscolaire de la Ville de Bry-sur-Marne afin d'assurer la gestion administrative des inscriptions.

La base légale du traitement est le consentement, et le responsable du traitement est la ville de Bry-sur-Marne, représentée par son Maire.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : différents services de la Ville de Bry-sur-Marne.

Les données sont conservées pendant une durée de 10 ans

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, ou demander leur effacement. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à [dpo@bry94.fr](mailto:dpo@bry94.fr) ou écrire à :

Ville de Bry-sur-Marne

1 Grande rue Charles de Gaulle

94360 Bry-sur-Marne

Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

### LA DECLARATION DU (OU DES) RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) :

Je soussigné(e).....Père, Mère, tuteur (rayer les mentions inutiles), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise le responsable de l'accueil à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales y compris avec phase d'anesthésie-réanimation).

Si l'état de santé ne justifie pas son secours par le SAMU ou les pompiers, j'autorise son transfert à mes frais, par taxi ou ambulance, si je ne peux aller le chercher moi-même.

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux avancés par la ville de Bry.

**NB** : L'équipe d'encadrement vous déconseille le port par votre enfant d'objets et de vêtements de valeur, elle ne saurait être responsable de la détérioration ou de la perte de ceux-ci.

Fait à Bry sur Marne, le..... Signature du (ou des) responsable(s) légal (aux)