

**Documents à joindre obligatoirement au dossier**

- Fiche sanitaire de liaison dûment remplie.
- Photocopie du carnet de santé si nouvelle vaccination.
- Attestation d'assurance extra-scolaire de l'année en cours.
- Un justificatif de domicile de moins de trois mois.

ATTENTION : L'inscription au SEJ et l'accès au portail familles seront possibles uniquement lorsque le dossier sera complet.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ représentant légal de l'enfant \_\_\_\_\_

- Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le secrétariat du Service Enfance Jeunesse de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale...),
- Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur ALP/ALE relatif aux activités périscolaire consultable en ligne sur le portail familles (<https://balaruclevieux.portail-familles.net/>) ainsi que sur le site de la ville de Balaruc-le-vieux (<https://www.ville-balaruclevieux.fr/>)
- Déclare en acceptant les termes, approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.
- Reconnais avoir pris connaissance du fait que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des élèves. Conformément à la loi n° 78-17 « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifié en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au secrétariat du Service Enfance et Jeunesse.

A : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_ Signature :



## Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

<b>Enfant :</b>	<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :		Prénom :
Adresse :		

### Accueil :

ALP/ALE

séjour de vacances

Dates du séjour :

Lieu du séjour :

### I - Vaccinations :

Joindre la copie du carnet de vaccination et une attestation du médecin traitant attestant que l'enfant est à jour des vaccinations obligatoires.

### II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ?  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.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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  
Alimentaires  oui  non

asthme  oui  non  
autres  oui  non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

---

---

---

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 l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

---

---

**IV - Responsable légal de l'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.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :

---

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur :

Observations :

---

---

---

---