



VILLE DE
CHAMPAGNE-SUR-OISE

Fiche Sanitaire de Liaison 2024/2025



Merci de joindre à ce dossier, la photocopie de l'assurance extra-scolaire 2024-2025, un justificatif de domiciliation et les photocopies des pages de vaccination du carnet de santé.

NOM DE L'ENFANT :

Prénom :

Date de naissance :

N° CAF :

Sexe : Fille

Garçon

Age :

Adresse de l'enfant :

Ville :

Code postal :

Responsable légal 1

Père

Mère

Autre, précisez :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale :

Adresse :

Tél. :

E-mail :

Nom de l'employeur :

Tél. employeur :

Responsable légal 2

Père

Mère

Autre, précisez :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale :

Adresse :

Tél. :

E-mail :

Nom de l'employeur :

Tél. employeur :

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant dans les différents temps communaux et à prévenir en cas d'urgence (si le responsable légal n'est pas joignable) :

M. Mme

Tél.

M. Mme

Tél.

M. Mme

Tél.

M. Mme

Tél.

M. Mme

Tél.

M. Mme

Tél.

ECOLE fréquentée par l'enfant :

Classe :

Calcul du quotient familial pour l'Accueil de loisirs (accueil périscolaire matin et soir, mercredis et vacances scolaires) :

joindre **une copie de votre dernier avis d'imposition définitif (2023)**. Sans votre avis d'imposition, le tarif Champenois le plus haut vous sera appliqué.

Renseignements MEDICAUX concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour : oui non

Si oui : joindre l'**ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). **Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.**

ALLERGIES :

Asthme

Médicamenteuse

Alimentaire

Autre :

Précisez la cause de l'allergie

et de la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :

sans porc

sans viande

PAI (à préciser ci-dessous)

DIFFICULTES de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...), préciser les dates et les précautions éventuelles à prendre :

Tout changement involontaire en cours d'année devra être signalé au Directeur de l'Accueil de Loisirs.

VACCINATIONS et MALADIES (se référer au carnet de santé de l'enfant et joindre une photocopie)

| VACCINS OBLIGATOIRES | | | Dates derniers rappels | Observations |
|-----------------------------|-----|-----|-------------------------------|---------------------|
| Diphthérie | oui | non | | |
| Tétanos | oui | non | | |
| Poliomyélite | oui | non | | |
| OU DT polio | oui | non | | |
| OU Tétracoq | oui | non | | |
| BCG | oui | non | | |

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

| | | | | | | | | |
|-----------|-----|-----|--------------|-----|-----|--------------|-----|-----|
| Rubéole : | oui | non | Varicelle : | oui | non | Rhumatisme : | oui | non |
| Angine : | oui | non | Scarlatine : | oui | non | Coqueluche : | oui | non |
| Otite : | oui | non | Rougeole : | oui | non | Oreillons : | oui | non |

RECOMMANDATIONS utiles des parents

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

Précisez :

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) :

Assurance : Nom de la compagnie :

N° de contrat :

Régime sécurité sociale : (MSA, EDF/GDF, RATP, SNCF, Banque de France ...)

Autre régime :

Je soussigné : _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALSH (Accueil de Loisirs Sans Hébergement) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

(manuelle
ou électronique)

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Mairie de Champagne-sur-Oise dans le but de ses missions de service public. Elles sont conservées pendant 1 an et sont destinées à la Mairie de Champagne-sur-Oise. Conformément aux lois « Informatique & Liberté » et « RGPD », vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification ou d'opposition en nous contactant par mail à rgpd@villedechampagne.fr



ATTESTATION de prise de connaissance du règlement des différents temps communaux 2024-2025



Nom de l'enfant

Ecole

Prénom de l'enfant

Classe

Père ou responsable légal :

M.

Adresse

Tél. portable

Tél. pro

Mère :

Mme

Adresse

Tél. portable

Tél. pro

Je certifie avoir pris connaissance du **règlement des différents temps communaux** et en accepte les modalités. Celui-ci est consultable sur le site internet de la commune www.champagne95.fr et une version papier est disponible en Mairie ou au Centre de loisirs.

A

le

Signatures obligatoire : (manuelles ou électroniques)

Signature du père :

Signature de la mère :

**Vous pouvez scanner (en un seul fichier si possible) et envoyer par mail le dossier complet à :
alsh@villedechampagne.fr**