



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON Année 202..../202....

### Espace Enfance Jeunesse Val de Gâtine

#### ENFANT :

Nom : .....

Prénom : .....

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

☐ Fille ☐ Garçon

Classe : ..... Ecole fréquentée : .....

#### SITUATION FAMILIALE :

Responsable légal de l'enfant :

☐ le père & la mère, ☐ le père seul, ☐ la mère seule, ☐ tuteur (dans ce cas, indiquer nom, prénom & coordonnées).....

| Parent 1                | Parent 2 :              |
|-------------------------|-------------------------|
| Nom/Prénom : .....      | Nom/Prénom : .....      |
| Date de naissance ..... | Date de naissance ..... |
| Adresse : .....         | Adresse : .....         |
| Tél. domicile :         | Tél. domicile :         |
| Tél. portable :         | Tél. portable :         |
| Courriel :              | Courriel :              |
| Tél. pro :              | Tél. pro :              |

En cas de jugement interdisant à l'un des deux parents d'approcher l'enfant, merci de fournir une copie du jugement.

Nombre d'enfants dans la famille : .....

#### AUTORISATIONS :

Personnes majeures, autres que responsable légal, autorisées à venir chercher l'enfant : (si personne mineur, joindre une décharge)

Nom, prénom & lien de parenté : .....

Nom, prénom & lien de parenté : .....

#### SANTE :

##### Recommandations utiles liées à l'enfant :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc., ...  
Indiquer les difficultés de santé, particularités, handicaps et précautions à prendre

##### Vaccinations :

**Joindre obligatoirement la copie de la page des vaccins du carnet de santé ou un certificat médical attestant les vaccinations.**

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**Si votre enfant bénéficie de l'AAEH, merci de bien vouloir nous fournir un justificatif**

Maladies : l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

| Rubéole | Varicelle | Angine | Scarlatine | Coqueluche | Otite | Rougeole | Oreillons |
|---------|-----------|--------|------------|------------|-------|----------|-----------|
| Oui     | Oui       | Oui    | Oui        | Oui        | Oui   | Oui      | Oui       |
| Non     | Non       | Non    | Non        | Non        | Non   | Non      | Non       |

##### Allergies :

| Allergies | Asthme | Médicamenteuses | Alimentaires | Autres | Cause de l'allergie | Conduite à tenir |
|-----------|--------|-----------------|--------------|--------|---------------------|------------------|
| Oui       |        |                 |              |        |                     |                  |
| Non       |        |                 |              |        |                     |                  |

Traitement médical : l'enfant doit-il suivre un traitement médical ? ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre une ordonnance récente précisant la posologie et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice et marquées au nom de l'enfant).  
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Médecin traitant : Nom & Coordonnées.....

#### REGIME ALLOCATAIRE :

CAF, MSA, Autre : ..... Quotient familial (fournir l'attestation) :

N° d'allocataire : .....

Nom & prénom du bénéficiaire : .....

Date & signature :

### ACCORDS :

(Merci de cocher les cases suivantes si nécessaire)

☐ Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du Service Enfance Jeunesse Val de Gâtine et m'engage à le respecter ; je décharge les organisateurs de responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant et après la prise en charge effective des enfants par la structure ; je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.

☐ J'autorise la prise et la diffusion de photos de mon enfant sur les supports de communication de la structure.

☐ Je m'oppose à la prise et la diffusion de photos de mon enfant sur les supports de communication de la structure.

☐ En vertu du Règlement Général sur la Protection des Données à caractère personnel (RGPD) mis en œuvre le 25 mai 2018 par l'Etat, je confie mes données personnelles pour la finalité suivante : dossier d'inscription pour l'accueil de mon enfant du Service Education Famille.

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Signature du responsable 1 (précédée de la mention *lu & approuvé*) :

Signature du responsable 2 (précédée de la mention *lu & approuvé*) :

COMMUNAUTE DE COMMUNES VAL DE GATINE

Mairie, Place des Marronniers

79310 MAZIERES EN GATINE

Tél : 05 49 63 22 31

Mail : [helene.gonnord@valdegatine.fr](mailto:helene.gonnord@valdegatine.fr)

## DOSSIER INSCRIPTION

### Service ENFANCE JEUNESSE

Année Scolaire 2026 / 2027

### Merci d'indiquer votre (s) choix :

☐ **Accueil de loisirs périscolaire** (garderie)

☐ **Mercredi-Loisirs** (inscription obligatoire)

Inscription sur le site internet <https://www.valdegatine.fr/>

☐ **Accueil de loisirs des vacances scolaires** (les dates d'inscriptions vous seront communiquées avant chaque période)



➡ Ce dossier d'inscription est à remplir **obligatoirement** à chaque début d'année (sans ce dossier nous ne pouvons pas accueillir votre enfant). Puis à remettre à la Communauté de Communes.

Nous demandons à chaque enfant d'apporter **une boîte de mouchoirs** pour l'année.