



L'ENFANT

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

### 1 – GROUPE SCOLAIRE :

LE PARC     
  LES RENARDEAUX     
  MICHELE KOCH     
  AUTRE : .....

CLASSE : .....

### 2 – LE OU LES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT :

#### LA MERE OU RESPONBLE LEGAL DE L'ENFANT :

NOM .....PRÉNOM .....

ADRESSE.....

.....

TÉL. DOMICILE : .....

PORTABLE : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT  
(FACULTATIF).....

#### LE PERE OU RESPONBLE LEGAL DE L'ENFANT :

NOM .....PRÉNOM .....

ADRESSE.....

.....

TÉL. DOMICILE : .....

PORTABLE : .....

### 3 – SITUATION FAMILIALE :

MARIE(E)    
 VEUF (VE)    
 SEPARE(E)    
 DIVORCE(E)    
 VIE MARITALE    
 CELIBATAIRE    
 PACSE(E)    
 AUTRE UNION

### 4 – PERSONNES AYANT AUTORITE SUR L'ENFANT :

LES DEUX PARENTS      
 LA MERE      
 LE PERE

AUTRE PERSONNE  EN QUALITE DE ..... TELEPHONE.....

EN CAS DE SEPARATION OU DE DIVORCE, LIEU DE RESIDENCE DE L'ENFANT (SI JUGEMENT OU EXTRAITS DU TRIBUNAL CONCERNANT LA GARDE DE L'ENFANT MERCI DE NOUS FOURNIR LES JUSTIFICATIFS) :

CHEZ LA MERE      
 CHEZ LE PERE      
 RESIDENCE ALTERNEE

### 5 – PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT :

- 1) M. Mme.....Téléphone.....
- 2) M. Mme.....Téléphone.....
- 3) M. Mme.....Téléphone.....
- 4) M. Mme.....Téléphone.....

### 6 – VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DIPHTERIE				HEPATITE B	
TETANOS				RUBEOLE-OREILLONS-ROUGEOLE	
POLIOMYELITE				COQUELUCHE	
OU DT POLIO				AUTRES (PRECISER)	
OU TETRA COQ					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, MERCI DE JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

## 7 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

MALADIES	OUI	NON	MALADIES	OUI	NON	MALADIES	OUI	NON
RUBEOLE			SCARLATINE			ROUGEOLE		
VARICELLE			COQUELUCHE			OREILLONS		
ANGINE :			OTITE			RHUMA. ARTI. AIGU		

ALLERGIES ALIMENTAIRES : OUI  NON

ASTHME : OUI  NON

ALLERGIES MEDICAMENTEUSES : OUI  NON

AUTRES : .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

VOTRE ENFANT BENEFICIE-T-IL D'UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) : OUI  NON

**INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, OPERATIONS...) EN PRECISANT **LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE** :

## 8 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

VOTRE ENFANT SUIV-T-IL UN REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :

VEGETARIEN  SANS PORC  SANS VIANDE  AUTRE : .....

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL : DES LENTILLES OU DES LUNETTES : OUI  NON

DES PROTHÈSES AUDITIVES : OUI  NON  DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : OUI  NON

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

VOTRE ENFANT A-T-IL SATISFAIT AU TEST D'AISANCE AQUATIQUE : OUI  NON

AUTRES INFORMATIONS A PRECISER : .....

## 9- AUTORISATIONS :

J'AUTORISE MON ENFANT A :

- PARTICIPER AUX BAINADES SURVEILLEES : OUI  NON

- ETRE TRANSPORTE DANS LES VEHICULES MUNICIPAUX OU CARS COLLECTIFS : OUI  NON

- PARTICIPER AUX ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES \* : OUI  NON

- ETRE PRIS EN PHOTO OU VIDEO LORS DES ACTIVITES DANS UN CADRE PEDAGOGIQUE (PROJETS D'ANIMATION, MAGAZINE DE LA COMMUNE, SITE INTERNET DE LA VILLE, VIDEO DE FIN D'ANNEE...) : OUI  NON

*Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature du ou des responsables légaux :

\*La Ville de Saintry-Sur-Seine, comme l'exploitant des locaux où cet accueil se déroule, a souscrit un contrat d'assurance garantissant les conséquences pécuniaires de leur responsabilité civile, ainsi que celles de leurs préposés et des participants aux activités qu'ils proposent. Les assurés sont tiers entre eux.

La souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels leur pratique sportive peut les exposer est fortement recommandée. (Art L.321-4 et L.321-6 du code du sport).

Les informations recueillies sur ce formulaire sont conservées sur support papier et informatique par la commune de Saintry-Sur-Seine afin d'inscrire votre enfant aux accueils périscolaires et extrascolaires. Elles sont collectées par le service enfance et sont destinées aux agents de ce service et aux agents du service scolaire pour la facturation. Elles sont conservées pendant 10 ans. La base juridique du traitement est le contrat.

Conformément à la réglementation en matière de protection des données à caractère personnel (loi du 6 janvier 1978 modifiée et Règlement Général sur la Protection des données n°2016/679 vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification, de limitation, de portabilité ou d'effacement en contactant le Délégué à la protection des Données Personnelles de la collectivité en envoyant un courriel à [dpd@cigversailles.fr](mailto:dpd@cigversailles.fr). Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.