

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

1 – GROUPE SCOLAIRE :

☐ LES RENARDEAUX ☐ MICHELE KOCH ☐ AUTRE :

CLASSE :

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

LA MERE OU RESPONBLE LEGAL DE L'ENFANT :

NOMPRÉNOM

ADRESSE.....

.....

TÉL. DOMICILE :

PORTABLE :

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

LE PERE OU RESPONBLE LEGAL DE L'ENFANT :

NOMPRÉNOM

ADRESSE.....

.....

TÉL. DOMICILE :

PORTABLE :

3 – SITUATION FAMILIALE :

MARIE(E) ☐ VEUF (VE) ☐ SEPARÉ(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 DETELEPHONE.....

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.....

Important : Toute personne venant chercher un enfant doit être âgée de 13 ans révolus minimum.
Une pièce d'identité pourra être demandée pour vérification.

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 :

SANS PORC ☐ 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 BAINNADES 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. 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..