

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : Fille Garçon
Prénom :
Date de naissance :
Ecole fréquentée : Classe :

PARENTS A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom du ou des responsable(s) :

Autorisation parentale

Autorise..... en sa qualité de :..... Téléphone
Autorise..... en sa qualité de :..... Téléphone
Autorise..... en sa qualité de :..... Téléphone
à récupérer mon enfant dès la fin du temps d'activité et décharge la Mairie de Trets de toutes responsabilités.

Tout changement concernant cette autorisation devra être impérativement signalé, faute de quoi le service scolaire et Jeunesse seront déchargés de toutes responsabilités.

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES :

Projet d'Accueil Individualisé :

L'enfant fait-il l'objet d'un **P.A.I.** ? Oui Non En cours
Si oui, joindre le protocole et toutes informations utiles.

→ FOURNIR LES PHOTOCOPIES DU CARNET DE SANTE PAGES VACCINATION

Si l'enfant n'est pas vacciné, merci de fournir un certificat du médecin.

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si OUI, veuillez contacter le responsable de l'accueil concerné qui prendra les mesures nécessaires dans le cadre du respect de la réglementation (*Aucun médicament ne doit être confié à un enfant*).

Si l'enfant présente un handicap cela nécessite-t-il des mesures particulières : OUI NON
L'enfant présente-t-il une maladie chronique, une intolérance alimentaire, une allergie ?
 OUI NON

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

- | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Oreillons |
| <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Maladie articulaire | <input type="checkbox"/> Autres |

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

Précisez :

.....

Nom et téléphone du médecin traitant :

.....

Recommandations utiles des parents :

.....

.....

AUTORISATIONS :

Autorisation de transport dans le cadre des activités municipales selon la législation en vigueur :

Oui Non

Autorise la Mairie de Trets à diffuser les images de mon enfant prises lors des sorties, des séjours, des activités (photos et vidéos) pour un usage de reproduction et de représentation.

Autorise mon enfant à **participer aux** sorties du Centre de Loisirs.

Je déclare avoir pris **connaissance des règlements**.

J'atteste **sur l'honneur** l'exactitude des informations renseignées sur tous les documents que j'ai complété et fourni, et m'engage à signaler par écrit tout changement de situation auprès du service scolaire.

Fait à Trets, le/...../.....

Signature du (des) responsable(s) légal(aux)

Conformément aux lois « Informatique & Liberté » et « RGPD », vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification ou d'opposition ou le droit à la limitation du traitement de vos données (cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits).

La collectivité vous informe également que vous disposez d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Les destinataires de ces données sont : Service Scolaire de la ville de Trets, Ecole de vos enfants, Service Jeunesse si vos enfants fréquentent le centre de loisirs.

La durée de conservation des documents prendra fin le 31 août 2023.