

**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.*