

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (valable une année scolaire)

ENFANT : Fille Garçon

NOM et Prénom :

Date de naissance : Age :

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

PARENT 1 : NOM et Prénom : _____

Tél. portable : __/__/__/__/__ Tél. bureau : __/__/__/__/__

PARENT 2 : NOM et Prénom : _____

Tél. portable : __/__/__/__/__ Tél. bureau : __/__/__/__/__

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone Fixe : __/__/__/__/__

Adresse mail : _____

N° d'allocataire CAF ou MSA _____

Nom compagnie d'assurance : _____

N° de police : _____

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

En cas d'urgence, autres personnes à contacter (nom + n° de téléphone) : _____

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé - joindre une copie)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Date des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole- Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical : Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole : Oui Non

Coqueluche : Oui Non

Varicelle : Oui Non

Otite : Oui Non

Angine : Oui Non

Rougeole : Oui Non

Scarlatine : Oui Non

Oreillons : Oui Non

ALLERGIE :

Asthme : Oui Non

Médicamenteuse : Oui Non

Alimentaire : Oui Non

Autre : Oui Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler): _____

Indiquez ci-après : les difficultés de santé (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : _____

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise mon enfant à participer aux activités périscolaires.

Autorisation « droit à l'image » :

• Le format autorisé : Photo

Vidéo

• Pour diffusion sur : Site web de la Mairie

L'indépendant

Fait à :

Le: __/__/____

Signature :

Les informations recueillies à partir de ce formulaire sont nécessaires pour votre inscription à l'accueil périscolaire. Elles sont enregistrées et transmises aux agents habilités de la mairie d'Ornaisons en charge de leur traitement. Les données sont conservées 10 ans puis détruites. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données ou une limitation du traitement de celles-ci. Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposer du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant par courriel à : ornaisons@wanadoo.fr