FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : JJ/MM/AAAA

SEXE : F ◯ M ◯

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATE JJ/MM/AAAA
Diphtérie	◯	◯		Coqueluche	
Tétanos	◯	◯		Haemophilus	
Poliomyélite	◯	◯		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

ALLERGIES*

ASTHME ◯ Oui ◯ Non

MEDICAMENTEUSES ◯ Oui ◯ Non

ALIMENTAIRES ◯ Oui ◯ Non

AUTRES

***Si oui, faire une demande de PAI auprès du/de la directeur/trice de l'école.**

Nom et téléphone du médecin traitant :

Indiquez ci-après les difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont conservées par la commune de La Frette-sur-Seine afin d'inscrire votre enfant aux activités périscolaire. Elles sont collectées par le service Enfance et Jeunesse auquel elles sont destinées. Une partie des informations est destinée au service Finance afin de gérer la facturation. Elles sont conservées pendant 10 ans. Ce traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat.
Conformément à la réglementation en matière de protection des données personnelles (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 commune à l'adresse 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.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, … Précisez

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE

☐ Sans porc

AUTORISATION DE SOINS

Nous soussignés, (*), responsables légaux du mineur,

AUTORISONS le personnel d'animation à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant (transfert aux urgences).

DÉCHARGEONS la direction de la structure de toute responsabilité pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

AUTORISONS l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensable au regard de l'état de santé de mon enfant.

Les personnes ci-dessus mentionnées (*) seront prévenues dans les plus brefs délais.

Fait à La Frette-sur-Seine, le JJ/MM/AAAA

Signature des responsables légaux :

Nous soussignés, ,responsables légaux du mineur, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et nous engageons à la réactualiser si nécessaire.

Fait à La Frette-sur-Seine, le JJ/MM/AAAA

Signature des responsables légaux :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont conservées par la commune de La Frette-sur-Seine afin d'inscrire votre enfant aux activités périscolaire. Elles sont collectées par le service Enfance et Jeunesse auquel elles sont destinées. Une partie des informations est destinée au service Finance afin de gérer la facturation. Elles sont conservées pendant 10 ans. Ce traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat.
Conformément à la réglementation en matière de protection des données personnelles (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 commune à l'adresse 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.