

FICHE SANITAIRE
ACCUEILS PERISCOLAIRES
ACCUEIL DE LOISIRS
ANNÉE SCOLAIRE 2020-2021

Ecole :

PHOTO
OBLIGATOIRE

ENFANT

Nom: _____

Prénom: _____

Né(e) le: _____

Sexe : Féminin Masculin

ACCUEILS FRÉQUENTÉS

ACCUEIL MATIN et /ou SOIR


RESTAURATION SCOLAIRE

ETUDES SURVEILLÉES


ACCUEIL DE LOISIRS (mercredis/vacances)

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Adresse : _____

 Domicile : _____

 Portable : _____

 Professionnel : _____

Autre  Professionnel : _____

J'autorise mon enfant à être photographié et/ou filmé lors des activités périscolaires et à l'accueil de loisirs : **OUI** **NON**

J'autorise la publication de photos et/ou vidéos de mon enfant sur les réseaux sociaux de la commune et/ou du prestataire en gestion de l'accueil de loisirs : **OUI** **NON**

J'autorise mon enfant à sortir seul de l'établissement :

À 16h30 **OUI** **NON**

À 17h00 **OUI** **NON** (*horaire concernant uniquement l'accueil de loisirs*)

À 18h00 **OUI** **NON**

À 18h30 **OUI** **NON**

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées au périscolaire : **OUI** **NON**

J'autorise mon enfant à participer à toutes les sorties proposées par l'accueil de loisirs : **OUI** **NON**

ASSURANCE

Assurance Responsabilité Civile : Compagnie _____ N° de contrat _____

Je soussigné, _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel municipal à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à informer le Service des Affaires Scolaires de toutes modifications importantes par écrit concernant l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

Signature (précédé de la mention « Lu et approuvé »)

Date :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

MÉDECIN TRAITANT : Nom _____ Prénom _____

Téléphone _____

PORT DE : lunettes lentilles prothèses auditives prothèses dentaires

Autre, précisez : _____

ALLERGIES ALIMENTAIRES : NON OUI précisez _____

REPAS SANS PORC : NON OUI

ASTHME : NON OUI

AUTRE DIFFICULTÉ DE SANTÉ : NON OUI précisez _____

P.A.I. EXISTANT : OUI Fournir une copie du P.A.I. Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être donnés à l'accueil périscolaire concerné.

VACCINATIONS Joindre la copie de la page des vaccins du carnet de santé

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Rappel : Tout enfant non à jour de ses vaccinations sera refusé.

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des activités périscolaires. Les informations enregistrées sont réservées à l'usage du service ou de la direction des affaires scolaires de la commune et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : équipes d'animation, services de secours. Les données seront conservées selon la durée légale.

Conformément au règlement (UE) 2016/679 << RGPD >> et à la loi << informatique et libertés >> du 06/01/1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et limitation du traitement, d'effacement et de la portabilité de vos données.