



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON ACCUEIL PÉRISCOLAIRE ANNEE 2021/2022

Les informations demandées sont indispensables à la gestion des dossiers périscolaires et sont enregistrées par le service périscolaire suivant les recommandations de la CNIL.  
Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée, j'autorise le service périscolaire à collecter mes données et reconnais que je dispose d'un droit d'accès et de rectification ainsi que d'opposition pour motifs légitimes. Pour accéder à mes données personnelles et exercer ces droits, il me suffit de contacter la Mairie par voie postale, e-mail, ou déposez un courrier sur place, auprès de la responsable du service. Je reconnais être informé(e) du droit de rectification, de mise à jour et de retrait de cette autorisation.

### 1- IDENTITÉ DE L'ENFANT.

NOM :  
PRÉNOM :  
DATE DE NAISSANCE :  
SEXE : FILLE  GARCON

### 2 - VACCINATIONS (Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination).

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

### 3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un traitement médical ?  oui  non

Si oui, lequel?.....

ALLERGIES : ASTHME  oui  non  
MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
ALIMENTAIRES  oui  non  
AUTRES.....

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

### 4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

### 5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

**RESPONSABLE N°1** : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TÉL. PORTABLE : .....TÉL. TRAVAIL : .....

**RESPONSABLE N°2** : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TÉL. PORTABLE : .....TÉL. TRAVAIL : .....

**NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT** : .....

*Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser.  
En cas d'urgence médicale, le périscolaire contactera le SAMU ou les pompiers, qui prendront les dispositions nécessaires.*

Date :

Signature des parents :