



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Garçon :  Fille :

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Ecole Fréquentée : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

## RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

**Nom et prénom Parent 1 :** \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Professionnel : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

**Nom et prénom Parent 2 :** \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Professionnel : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Adresse si différente de parent 1 : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

## PERSONNE(S) AUTORISE(S) A PRENDRE EN CHARGE L'ENFANT

(Sur présentation d'un justificatif d'identité)

Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec la famille

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

### Vaccinations (Rappel : pensez à joindre la copie des pages de vaccinations du carnet de santé)

L'enfant est-il à jour de ces vaccinations :                      Oui                       Non

### Allergies :

**ALLERGIE :**                       oui                       non                      si oui lesquelles : .....

**RESTAURATION :**                       normal                       sans porc

**CONTRE INDICATION :**                       oui                       non                      si oui lesquelles : .....

Si votre enfant présente une allergie d'origine alimentaire ou maladie chronique justifiée par une prescription médicale un Projet d'Accueil Individualisé Municipal doit être réalisé avant son accueil dans les services péri scolaires (accueil de loisirs, cantine, accueil). La demande doit être formulée auprès de la coordinatrice PAI de la ville (07.85.79.01.66 ou 01.30.37.60.02)

N'oubliez surtout pas de fournir, lorsque cela est nécessaire, l'ensemble des médicaments préconisés dans le PAI en prenant soin de vérifier régulièrement les dates de péremption des médicaments.

### VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES ? PROTHESES AUDITIVES ? PROTHESES DENTAIRES ... PRECISEZ

---

### VOTRE ENFANT A-T-IL DES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES DE CONVULSION...) PRECISEZ

---

## AUTORISATIONS

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'encadrement des accueils à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention(s) chirurgicale(s)) rendues nécessaires.

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'établissement, y compris la piscine, les activités nautiques\* et les sorties hors de la commune, quel que soit le moyen de transport.                      Oui                       Non

J'autorise le personnel municipal à photographier mon enfant et à diffuser ces photos dans les supports institutionnels de la ville à des fins non commerciales. (Site web de la ville, journal de la ville)                      Oui                       Non

Je m'engage à respecter le règlement intérieur de la structure ainsi que les horaires d'ouverture et de fermeture.

Signature du ou des responsables de (des) l'enfant(s)  
(Légaux en cas de garde conjointe)

« Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Direction de l'Education de la Ville d'Eragny-sur-Oise, dans le but d'accueillir les enfants dans les structures d'accueil. Ces informations sont conservées le temps nécessaire au respect de la réglementation en vigueur. Elles peuvent être transmises aux prestataires engagés par la Ville dans le cadre de ce traitement (éditeurs de logiciel notamment) et aux services des Finances publiques.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi relative à la protection des données personnelles du 20 juin 2018, vous pouvez exercer vos droits d'accès, d'information et de rectification concernant vos données, en contactant la Direction de l'Education. »