



FICHE SANITAIRE

Garderies, Aide aux Devoirs et Accueils collectifs de mineurs périscolaires
écoles publiques de Saint-Sylvestre-sur-Lot
2020/2021

Qui complète cette fiche ? (préciser nom et prénom)

Votre enfant : Classe :

Nom : Prénom : Fille Garçon

Date naissance : / /

Nom Prénom des parents : Mère :
Père :

Adresse domicile familial :

Deuxième adresse si garde alternée :

Téléphone Travail mère : Téléphone Travail père :

Portable mère : Portable père :

L'enfant peut il rentrer seul ? oui non

Si non pour rentrer, les personnes suivantes sont autorisées à le récupérer :

PERSONNES HABILITÉES A VENIR REPRENDRE L'ENFANT :

NOM/Prénom (lien)	ADRESSE COMPLETE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM/Prénom (lien)	ADRESSE COMPLETE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

Vaccinations : (merci de recopier la page du carnet de santé)

	oui	non	date	Vaccin	date
DT Polio				ROR	
Pneumocoque				Hépatite B	
BCG				Méningite	
Autres				autres	

Renseignements Médicaux :

L'enfant a eu les maladies suivantes :

	oui	non	Maladie	oui	non	Maladie	oui	non
Rubéole			coqueluche			otites		
varicelle			rougeole			angines		
scarlatine			oreillons			asthme		

Indiquez ci-après les autres difficultés de santé, en précisant les dates (maladies, accidents, opérations,.....)

désignation	date

Votre enfant est-il porteur d'un handicap ? (*facultatif*) oui non

Si oui, lequel ? conduite à tenir ? Présence d'un Assistant de Vie en temps scolaire ?

.....
.....
Votre enfant fait-il l'objet d'une Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) ? (*facultatif*)

Si oui, lequel ?

.....
.....
Votre enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui lequel ? (joindre l'ordonnance)

Votre enfant est-il allergique ? oui non

Si oui à quoi ? Quelle conduite à tenir ?

.....
.....
Votre enfant porte des lunettes ? oui non

Votre enfant a des bouchons, des diabolos ? oui non

Votre enfant fait-il l'objet de contre-indications sportives ? oui non

Si oui, laquelle ?.....

Médecin:

Nom du médecin traitant de l'enfant :

Dr.....

Téléphone :

Adresse :

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence :

Autorisation :

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

Fait à le

Signature :

Les données personnelles collectées ont pour finalité la gestion des activités de la garderie, d'accueil périscolaire et d'aide aux devoirs des écoles publiques de Saint-Sylvestre-sur-Lot. Elles sont nécessaires pour assurer la sécurité de votre enfant.

Les données recueillies sont conservées uniquement au format physique jusqu'au 1^{er} décembre 2021.

Les destinataires de ces données sont le personnel communal, les animateurs recrutés par la commune, ainsi que le personnel de direction.

Les données peuvent être potentiellement transmises aux intervenants partenaires et aux associations liés par convention avec la municipalité, ainsi qu'aux professionnels de santé attachés à l'établissement.

Conformément au Règlement Général relatif à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données que vous pouvez exercer en vous adressant à l'adresse suivante : dpo@cdg47.fr.

Vous pouvez également établir des directives relatives à l'effacement et la communication de vos données après décès.

Vous disposez également d'un droit d'opposition pour motifs légitimes. Si, toutefois, vous estimez avoir été lésé dans vos droits, vous avez la possibilité de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL)