



FICHE SANITAIRE

goutsoudis-vanessa@ville-trelissac.fr
Tél : 05.53.02.76.84

liangeaud-michele@ville-trelissac.fr
Tél : 05.64.37.20.15

VILLE DE TRELISSAC

ENFANT - Nom :

Prénom :

Date de naissance :

GARÇON FILLE

FAMILLE - Nom :

AUTORISATION D'UTILISATION DE PHOTOGRAPHIES ET DE VIDEO :

Nous autorisons la reproduction et la diffusion des photographies et images :

NON **OUI** pour les publications bulletin municipal site internet de la ville
 page facebook officielle de la ville autres

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rougeole Rubéole Oreillons Varicelle Coqueluche Scarlatine

| | | |
|-------------------|--|---|
| ALLERGIE : | ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | MEDICAMENTEUSE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | ALIMENTAIRE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | AUTRES |

La situation de votre enfant nécessite-t-elle la mise en place d'un P.A.I ?

oui **non**

Si oui, fournir le double du P.A.I établi à l'école.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC..... PRECISEZ.

.....
.....

RESPONSABLE 1

Nom :
Prénom :
Tél dom :
Tél trav :
Portable :

RESPONSABLE 2

Nom :
Prénom :
Tél dom :
Tél trav :
Portable :

Adresse mail:

AUTORISATION PARENTALE :

**Personnes autorisées à reprendre l'enfant en cas d'impossibilité des parents.
(présentation d'une pièce d'identité)**

-NOM, Prénom: Tél:.....
-NOM, Prénom: Tél:.....
-NOM, Prénom: Tél:.....
-NOM, Prénom: Tél:.....
-NOM, Prénom: Tél:.....

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif)

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à respecter le règlement intérieur. J'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

En cas d'accident, mon enfant sera dirigé par les secours :

vers le centre hospitalier
ou
vers la clinique
(si clinique, préciser le nom)

Date :

Signature :

La Ville de Trélissac dispose de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement les inscriptions scolaires et les activités péri et extra-scolaires. Les informations enregistrées sont réservées à l'usage des services concernés; Vous disposez sur vos données de droits d'accès et de rectification (articles 15 et 16 du RGPD). Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles si vous estimez qu'il est déloyal ou illicite (articles 21 du RGPD). Pour exercer ces droits, vous pouvez adresser votre demande par courrier postal signé à notre Délégué à la protection des données (Mairie de Trélissac place napoléon Magne 24750 Trélissac).