



# FICHE SANITAIRE

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

VILLE DE TRELISSAC

ENFANT - Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : .....  
 GARÇON       FILLE   
 DOMICILE : COMMUNE       HORS COMMUNE

**AUTORISATION D'UTILISATION DE PHOTOGRAPHIES ET DE VIDEO:**  
 Nous autorisons la reproduction et la diffusion des photographies et images :  
 NON  OUI  sur les différents support de communication de la mairie

## 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 AUDI-TIVES, 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 aux activités péri et extra-scolaires. Les informations enregistrées sont réservées à l'usage des services concernés et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataire suivant : Trésor public. 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 (ATD (RGPD) 2 place Hoche - 24000 Périgueux).