



FICHE SANITAIRE CLUB ADOS PRE-ADOS

durieux-romain@ville-trelissac.fr
lasserre-jeanmarc@ville-trelissac.fr
Tél : 05.32.26.14.30 / 06.22.77.51.91

ENFANT - Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 GARÇON FILLE
 DOMICILE : COMMUNE HORS COMMUNE
 COTISATION : Année Mois Semaine Journée

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 (rayer la mention inutile)

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 et tél. du médecin traitant (facultatif)

L'enfant est autorisé à partir seul oui non

*Je soussigné,responsable légal de l'enfant,
 déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à respecter le règle-
 ment 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 sco-
laires et aux activités péri et extra-scolaires. Les informations enregistrées sont réservées à l'usage des ser-
vices 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 opposez
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).