



# 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

## 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.**

Votre enfant suit-il un traitement médical ?

**oui non** (rayer la mention inutile)

**Si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants dans leur(s) boîte(s) d'emballage d'origine et marquée(s) au nom de l'enfant**

## 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 exacts 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.*

## AUTORISATION D'UTILISATION DE PHOTOGRAPHIES ET DE VIDEOS :

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

**NON**  **OUI**  sur les différents supports de communication de la mairie

Date : .....

Signature :

La Ville de Trélassac 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 et ne peuvent être communiquées qu'au 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 (article 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 24 - RGPD - 2 place Hoche 24000 Périgueux).