

Service Périscolaire (Cantine et Garderie)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	L'ENFANT	
	Nom :	_____
	Prénom :	_____
	Date De Naissance :	_____
	Classe	_____
	GARÇON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS MEDICALES UTILES
POUR LE BON ACCUEIL DE VOTRE ENFANT AU SEIN DE LA STRUCTURE.**

1 – RENSEIGNEMENTS

		Représentant légal n°1	Représentant légal n°2
Noms Prénoms			
Adresse	N° et Rue		
	CP Ville		
Date et Lieu de Naissance			
Téléphone Domicile			
Téléphone Mobile			
Courriel :			
Employeur	Noms		
	CP Ville		
	Téléphone		



Inscription et facturation : www.gestion-cantine.com/ :

Courriel utilisé pour le site gestion-cantine.com: _____

Le redevable pour la facturation :

Représentant N°1 Représentant N°2 Représentants N°1 et N°2

Pour les couples séparés et en cas de facturation alternée, il est impératif de remplir un dossier séparé

Nom et tél. du Médecin traitant (facultatif) _____

En cas d'urgence, si les parents ne sont pas joignables, l'équipe d'animation peut contacter :

M./ Mme : _____

Tel. :/...../...../...../.....

M./ Mme : _____

Tel. :/...../...../...../.....

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** durant sa présence à la cantine et à la garderie périscolaire ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

4- AUTORISATION PARENTALE

Les représentants légaux autorisent les personnes désignées ci-dessous à récupérer l'enfant lorsqu'ils ne peuvent pas eux-mêmes venir chercher leur enfant en garderie ou à la cantine

<u>Noms/prénom</u>	Qualité (degré de parenté)	n° téléphone portable
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

J'autorise l'utilisation et la diffusion de photographies pour l'ensemble des publications ou expositions dans le cadre des activités périscolaires (cantine et garderie) pour les publications municipales et dans la presse locale

oui non

Je soussignée, _____
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Je déclare également avoir pris connaissance du règlement du service périscolaire (cantine et garderie) et m'engage à le respecter.

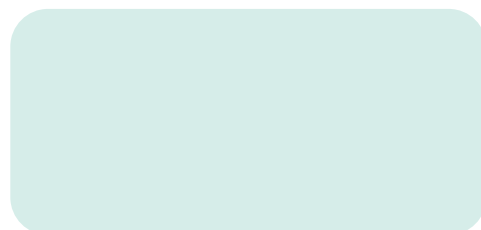
JOINDRE LE RECEPISSE DU REGLEMENT DU SERVICE PERISCOLAIRE

JOINDRE UNE ATTESTATION D'ASSURANCE POUR L'ANNEE SCOLAIRE

Nom et Numéro de l'assurance scolaire _____

Date : _____

Signatures :



Utilisation de vos données personnelles

Vos droits

Conformément à la Loi Informatique et Libertés ainsi qu'aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD, **vous bénéficiez** :

d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations vous concernant
du droit à la portabilité de vos données

du droit à la limitation d'un traitement vous concernant

du droit, pour motifs légitimes de vous opposer à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement

Tout exercice de ces droits peut s'effectuer sur simple demande en vous adressant à la Maire de Rechainviller – 7 rue d'Adoménil – 54300 Rechainviller ou mairie@rechainviller.fr.

Un justificatif d'identité sera requis pour toute demande d'exercice de droit.

Pour aller plus loin : Si vous souhaitez plus d'informations sur la protection des données personnelles et vos droits en la matière, vous pouvez :

- consulter le site de la CNIL : <https://www.cnil.fr/>

- contacter le Délégué à la Protection des Données de la collectivité : <https://www.agirhe.cdg54.fr/TDB/rgpd.aspx>