

Réservé à l'administration - Nouv. :

Fratrie

Livret Fam. Vaccins Jug^{mt} COMPLET

CAF Resp.Civ. Justif.Domicile

Date signature :

FICHE SANITAIRE ENFANT ANNÉE SCOLAIRE 2020/2021

A.L.S.H.

ENFANT

NOM* : Prénom* : Sexe* : F M

Date de naissance* :

Ecole (Nom et Commune) :

NIVEAU SCOLAIRE : Maternelle PS Primaire CP Changement d'école – Classe :

NOM DE L'ENSEIGNANT(E) :

Si votre enfant n'est pas scolarisé à temps plein, merci de préciser les jours et les horaires de scolarisation :

.....

Votre enfant est-il suivi par une A.E.S.H. ? OUI NON

Régime alimentaire de votre enfant : Standard Sans porc Sans viande Panier Repas (P.A.I.)

Recommandations utiles : Difficultés de santé, accident, précautions à prendre, port de lunettes, prothèses auditives/dentaires/autres, etc. :

.....

.....

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

ANGINE

COQUELUCHE

OREILLONS

OTITE

RHUMATISME ART. AIGUE

ROUGEOLE

RUBÉOLE

SCARLATINE

VARICELLE

AUTRES :

Nom et ville du médecin traitant :

Tél. cabinet : Tél. portable :

ALLERGIES ET/OU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ*

PRÉSENCE D'UN P.A.I. :

OUI (P.A.I. à joindre OBLIGATOIREMENT)

NON

PRÉSENCE D'UN PANIER REPAS :

OUI (décharge OBLIGATOIRE)

NON

ASTHME :

OUI (précisez ci-dessous)

NON

ALLERGIE(S) MÉDICAMENTEUSE(S) :

OUI

NON

Précisez la cause de l'allergie alimentaire et/ou la cause de l'asthme (« à l'effort », « allergique », « traitement de fond », etc), et/ou la cause de l'allergie médicamenteuse (nom du médicament et symptômes en cas d'ingestion) et la conduite à tenir (fournir une ordonnance récente du médecin avec posologie et médicaments correspondants) :

.....

.....

.....

* : Informations obligatoires

TRAITEMENT DE DONNEES PERSONNELLES

Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 « *Informatique et liberté* » modifiée et au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant.

En remettant et en signant le dossier d'inscription de votre enfant, vous acceptez le traitement de vos données ainsi que celles de votre enfant.

Les détails sur le traitement des données personnelles sont à disposition sur notre site www.ccrvv.fr.

ACCEPTATION DU REGLEMENT INTERIEUR*

Je reconnais avoir pris connaissance du Projet Pédagogique de la structure d'accueil de mon enfant, et du règlement de fonctionnement des structures ALSH de la Communauté de Communes (disponibles sur le site internet : www.ccrvv.fr) et **en accepte les clauses.**

À _____, le ___/___/_____

Mention « Lu et Approuvé »
Signature des parents / tuteurs légaux

FACTURATION

Je souhaite recevoir les factures dématérialisées, ce qui annule l'envoi par courrier postal :

OUI

NON

ATTESTATION SUR L'HONNEUR EXACTITUDE DES INFORMATIONS*

Je soussigné(e), Responsable légal de l'enfantdéclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

À _____, le ___/___/_____

Mention « Lu et Approuvé »
Signature des parents / tuteurs légaux