

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

**NOM**  
DE L'ENFANT : .....

**PRÉNOM** : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe : M  F

**NOMS ET PRÉNOMS DES RESPONSABLES LÉGAUX :**

Parent 1 : .....

Parent 2 : .....

☎ : ..... ☎ : .....

**1- ASSURANCE DE L' ENFANT (OBLIGATOIRE)** Pour toute participation aux activités municipales votre enfant doit être couvert par une assurance scolaire / extra scolaire (obligatoire pour une inscription au Centre de Loisirs) ou responsabilité civile du foyer en cours de validité.

Compagnie ..... n° police d'assurance ..... fin de validité \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vous avez tout intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent s'exposer vos enfants en participant aux activités proposées par la Ville de Castelginest. La souscription d'une assurance extrascolaire est obligatoire en cas d'inscription au Centre de Loisirs.

**2 – NOM DU MÉDECIN TRAITANT** ..... ☎ .....

**3 – VACCINATIONS (OBLIGATOIRES)** - (se référer au carnet de santé de l'enfant) :

*Les 3 premiers vaccins sont obligatoires pour les enfants nés avant 2018 et les 11 vaccins pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018*

	A jour			A jour	
Diptérie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Haemophilus influenzae B	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Tétanos	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Hépatite B	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Poliomyélite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rougeole oreillons rubéole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Ou DT Polio	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
OU Tétracoq	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Méningocoque c	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autres vaccins :			Pneumocoque	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

**4 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT**

**Votre enfant est allergique ?** oui  non  - Si oui, fournir un certificat d'allergologue.

Préciser l'allergie : - médicamenteuse  - alimentaire  - asthme  - autres  .....

Cause de l'allergie : .....

➔ Votre enfant bénéficie d'un Protocole d'Accueil Individualisé ?  merci de le transmettre lors du dépôt du DUI.

Votre enfant suit un traitement, ou présente un problème de santé nécessitant une surveillance particulière : - maladie, accident, hospitalisation, opération (à préciser en indiquant les dates) :

Votre enfant porte-t-il des lunettes  lentilles de contact  appareil dentaire  autre .....

Votre 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"/>
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"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUË oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

**5– Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable d'établissement à prendre, en cas d'urgence, les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.**

**Signature obligatoire :**

**Date :**

### **Mentions légales**

Les informations mentionnées dans les formulaires sont obligatoires.

Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à la gestion des structures scolaires, périscolaires, extrascolaires et petite enfance.

Les destinataires des données sont les services municipaux de la Mairie de Castelginest, la Caisse d'Allocations Familiales de la Haute-Garonne, la MSA Toulouse (la sécurité sociale agricole), le Trésor Public, l'Académie de Toulouse, le Conseil Départemental de la Haute-Garonne et toute autre organisme uniquement à la demande de l'intéressé.

Les durées de conservation de ces données à caractère personnel respectent les normes réglementaire applicables.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés modifiée

par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018, vous disposez d'un droit d'accès, de modification,

de rectification et de suppression des données, le droit d'opposition au traitement ou d'obtenir la limitation des traitements

et de la portabilité de vos données personnelles, ainsi que de droits relatifs aux informations d'une personne décédée.

Pour exercer ces droits, vous devez adresser votre demande : Par courriel à [dpd@mairie-castelginest.fr](mailto:dpd@mairie-castelginest.fr) ou par adresse postale à :

- MAIRIE DE CASTELGINEST - A l'attention du Délégué à la Protection des Données ,

Grand'Place du Général de Gaulle - CS 20243 - 31142 CASTELGINEST.

Vous pouvez, à tout moment, porter réclamation devant l'autorité de contrôle compétente,

La Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), sur le site internet : - [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)