

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(à remettre complétée à l'Espace du Droit et de la Famille)

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance : Nom du médecin traitant :

☐ Masculin ☐ Féminin N° sécurité sociale de l'enfant :

RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : ☐ NON ☐ Sans porc ☐ Sans viande

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

1. TRAITEMENT MÉDICAL ☐ NON ☐ OUI

⇒ Si oui, joindre une ordonnance en cours de validité et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant et avec la notice) et les remettre au personnel responsable. Cette procédure sera également à respecter en cours d'année.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Pour le Multi-accueil : une prescription et un flacon de Doliprane sont à prévoir.

2. ALLERGIES

☐ NON ☐ OUI (préciser) :

⇒ Si oui, joindre impérativement le certificat médical d'un allergologue ainsi que le protocole de soin et toute information utile aux encadrants (si automédication, le signaler).

3. PAI ☐ NON ☐ OUI

⇒ Si oui, joindre impérativement une copie du PAI (Projet d'Accompagnement Individuel)

4. SANTÉ DE L'ENFANT

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ▪ Port de lunettes | ☐ NON | ☐ OUI |
| ▪ Port de prothèses auditives | ☐ NON | ☐ OUI |
| ▪ Aérateurs tympaniques (yoyo) | ☐ NON | ☐ OUI |
| ▪ Appareil dentaire | ☐ NON | ☐ OUI |

(pour information, si votre enfant fréquente la restauration scolaire, pensez à informer le directeur périscolaire, quelques jours avant le resserrage de l'appareil, pour l'adaptation du repas).

- Autre problème de santé de votre enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation). Précisez les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

5. VACCINATIONS

Merci d'adresser les photocopies des vaccinations de votre enfant.

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

Attention : le vaccin anti tétanique ne présente aucune contre-indication.

Je, soussigné(e), responsable de l'enfant désigné(e) ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Fait à, le

Signature

La Ville de Bernay agissant en tant que Responsable de traitement, traite les données collectées dans ce questionnaire à des fins de consentement, que vous pouvez retirer à tout moment. Les données ne seront conservées que le temps de la réalisation des finalités.

Les données marquées par un astérisque dans le formulaire sont obligatoires. Les autres champs ne sont pas obligatoires et ont pour seul objectif de préciser la demande.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires concernés par le traitement, et légalement habilités. Les données ne seront pas transférées en dehors de l'Union européenne.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données entré en vigueur le 25 mai 2018, vous pouvez accéder aux données vous concernant, et demander leur rectification ou leur effacement sous certaines conditions. Vous pouvez également obtenir la limitation du traitement de ces données ou vous opposer à ce traitement pour un motif légitime. Vous pouvez exercer ces droits directement auprès du responsable de traitement à l'adresse : dpo@datavigilprotection.fr

Si après nous avoir contactés, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL.