SALON DE PROVENCE LA VILLE
GUICHET ENFANCE-JEUNESSE

FICHE SANITAIRE ET D'AUTORISATIONS

A remplir obligatoirement pour toute inscription

ANNEE SCOLAIRE

☐ 2022-2023 ☐ 2023-2024

CADRE RESERVE AU SERVICE			
CF :		Agent :	
CE :		Traité le :	
Date de réception :			

DOSSIER : ☐ **PARENTS** ☐ **TUTEUR**

SI GARDE ALTERNEE : ☐ **JUSTIFICATIFS** (jugement, planning de garde)
Dossier : ☐**PERE** ☐**MERE**

1 – ENFANT

NOM | **Sexe :** ☐ Fille ☐ Garçon

Prénom | **Date de naissance :**

Classe | **Ecole :**

2 – RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

* barrer la mention inutile	NOM- Prénom	Téléphone
Père, Mère, Tuteur(trice)*		
Père, Mère, Tuteur(trice)*		

3 – LISTE DES PERSONNES HABILITEES A RECUPERER MON ENFANT (autres que les responsables légaux)

NOM- Prénom	Téléphone	Lien de parenté	Date de naissance

Important : les personnes désignées par les responsables légaux pour être habilitées à récupérer un enfant, doivent être :	**- pour les activités périscolaires et extrascolaires. :de la fratrie et avoir plus de 14 ans ou une personne majeure**
	- pour les MAC/MAF : une personne majeure uniquement

4 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant : | Tél :

Votre enfant présente-t-il ?

UN HANDICAP : ☐ OUI ☐ NON

UNE ALLERGIE : ☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuse ☐ Autre

DES TROUBLES : ☐ Asthme ☐ Crises convulsives ☐ Autre

Si votre enfant est concerné :

Merci de bien vouloir renseigner *la Fiche d'Accompagnement Projet Personnalisé - **A.P.P.***

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS, ANTECEDENTS MEDICAUX , APPAREILLAGES,...

VACCINATIONS : Joindre OBLIGATOIREMENT une copie du carnet de vaccinations de l'enfant à jour ou un certificat médical attestant que les vaccins sont à jour

PRISE EN CHARGE PAR DES SERVICES D'URGENCES : ☐ **J'autorise** ☐ **Je n'autorise pas**

Le transfert à l'hôpital par des services d'urgence (pompiers, SAMU,...) et, le cas échéant, le corps médical à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

5 – AUTORISATION PARENTALE

DROIT A L'IMAGE : ☐ **J'autorise** ☐ **Je n'autorise pas**

La Ville de Salon-de-Provence à reproduire, publier et diffuser librement sous toutes les formes et par tous les procédés (presse, édition, internet, supports audiovisuel et numérique, autres...) les photos qui seraient prises représentant mon enfant lors de quelque activité que ce soit (école, cantine, périscolaires, ACM, MAC/MAF...).

SORTIES : ☐ **J'autorise** ☐ **Je n'autorise pas**

Mon enfant à participer aux sorties organisées dans le cadre des A.C.M. (mercredis et vacances scolaires).

6 – REGIME ALIMENTAIRE ☐ STANDARD ☐ SANS PORC ☐ P.A.I.

Je soussigné(e) ..... , responsable légal(e), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

FAIT LE : ..... A : ..... SIGNATURE : .....

Mentions légales : Toutes les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement déclaré auprès du Délégué à la Protection des Données de la commune de Salon-de-Provence.Conformément aux dispositions du RGPD (UE) 2016/679 du 27/04/2016 et de la loi Informatique et Libertés du 06/01/1978 modifiée le 20/06/2018 ainsi qu'aux modalités d'exercice de vos droits (Rectification, Suppression, Limitation, Opposition), vous pouvez exercer ceux-ci en contactant le Délégué à la Protection des Données de la ville de Salon-deProvence par courrier (DPO, Mairie de Salon-de-Provence 13657 SALON cedex) ou par courriel (dpo@salon-de-provence.org).Si vous estimez, après avoir contacté le Délégué à la Protection des Données de la ville de Salon-de-Provence, que vos droits "Informatique et Libertés" ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation enligne à la CNIL