



FICHE SANITAIRE DE LIAISON ET DE SORTIE

• **Enfant concerné**

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Masculin Féminin

	Responsable 1	Responsable 2
Nom	_____	_____
Prénom	_____	_____
Tél. portable	_____	_____
Tél. travail ou autre	_____	_____

• **Personnes à contacter et autorisées (autres que les parents)**

	Contact 1	Contact 2
Nom	_____	_____
Prénom	_____	_____
Nom de naissance	_____	_____
Date de naissance	_____	_____
Lien de parenté	_____	_____
Tél. portable	_____	_____
Tél. travail ou autre	_____	_____
Autorisé à récupérer l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A contacter en cas d'urgence	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

	Contact 3	Contact 4
Nom	_____	_____
Prénom	_____	_____
Nom de naissance	_____	_____
Date de naissance	_____	_____
Lien de parenté	_____	_____
Tél. portable	_____	_____
Tél. travail ou autre	_____	_____
Autorisé à récupérer l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A contacter en cas d'urgence	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

• **Médecin traitant**

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____

• Vaccination

Vous devez fournir une photocopie du carnet de santé ou un certificat médical attestant de la situation vaccinale de l'enfant.

Dans le cas d'une contre-indication médicale à la vaccination, date du certificat médical : _____

• Assurance obligatoire : Responsabilité Civile

Compagnie : _____

Numéro de contrat : _____ Validité du : _____ au _____

• Assurance facultative : Individuelle Accident ou Individuelle Corporelle

Compagnie : _____

Numéro de contrat : _____ Validité du : _____ au _____

• Situation de handicap

Notification de la M.D.P.H. (Maison Départementale des Personnes Handicapées) : Oui Non

• Renseignements médicaux

Existence d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui Non

Votre enfant est-il allergique : Oui Non

Si oui, précisez l'allergie : Asthme Alimentaire Médicamenteuse

Votre enfant présente-t-il une pathologie nécessitant une attention particulière : Oui Non

Votre enfant porte-t-il :

- des lunettes : Oui Non
- des lentilles : Oui Non
- des prothèses auditives : Oui Non
- des prothèses dentaires : Oui Non

Votre enfant poursuit-il un traitement médical : Oui Non

Recommandations utiles :

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'établissement de santé (hôpital, clinique ...) le plus adapté. La famille est immédiatement avertie. Un enfant mineur ne peut sortir seul de l'établissement de santé.

Je m'engage à signaler tout changement concernant la santé de l'enfant, auprès de la direction concernée.

Je soussigné(e) _____ déclare exactes les informations communiquées. Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et d'amende prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal.

Fait à _____ le _____

Signature :

Règlement Général sur la Protection des Données : Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer les inscriptions dans les établissements de la ville de Toulon, ainsi qu'à communiquer les informations liées à la santé de l'enfant aux personnels de la ville de Toulon encadrant l'enfant. Les données enregistrées sont conservées 1 année. Elles sont réservées à l'usage des directions concernées et ne pourront être transmises, le cas échéant, qu'aux structures où est accueilli l'enfant, ainsi qu'à l'Éducation Nationale et aux services de secours (pour les seules données pertinentes au regard des missions poursuivies). Conformément à la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018, vous pouvez demander communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations vous concernant par voie postale : Ville de Toulon – À l'attention du délégué à la protection des données – avenue de la république –CS 71407 – 83056 TOULON ou bien par mail : donnees_personnelles@mairie-toulon.fr