

FICHE SANITAIRE

Responsable (payeur de l'enfant)

Civilité :
Nom d'usage, Prénom :
Adresse :

 Domicile :
 Mobile :
 Travail :
 E-mail :

Situation de famille :
N° Allocataire CAF :

Conjoint

Civilité :
Nom d'usage, Prénom :
Adresse (si différente) :

 Domicile :
 Mobile :
 Travail :
 E-mail :

Situation de famille :

Nom du médecin traitant de la famille :  :

NOM DE L'ECOLE.....

Enfant 1

Nom, Prénom : Sexe :

Né (e) le : Niveau scolaire (2020/2021) :

Type repas (ex : sans sucre) : Allergie (alimentaire ou autre) :

Parenté avec responsable (ex : père/mère) : Parenté avec conjoint :

A COCHER :

P.A.I * : Autorisation droit à l'image : Autorisé à rentrer seul : Garde alternée :

Enfant 2

Nom, Prénom : Sexe :

Né (e) le : Niveau scolaire (2020/2021) :

Type repas (ex : sans sucre) : Allergie (alimentaire ou autre) :

Parenté avec responsable (ex : père/mère) : Parenté avec conjoint :

A COCHER :

P.A.I * : Autorisation droit à l'image : Autorisé à rentrer seul : Garde alternée :

Enfant 3

Nom, Prénom : Sexe :

Né (e) le : Niveau scolaire (2020/2021) :

Type repas (ex : sans sucre) : Allergie (alimentaire ou autre) :

Parenté avec responsable (ex : père/mère) : Parenté avec conjoint :

A COCHER :

P.A.I * : Autorisation droit à l'image : Autorisé à rentrer seul : Garde alternée :

* Projet d'Accueil Individualisé (à joindre avec la fiche sanitaire)

FICHE SANITAIRE

Enfant 4

Nom, Prénom : Sexe :

Né (e) le : Niveau scolaire (2020/2021) :

Type repas (ex : sans sucre) : Allergie (alimentaire ou autre) :

Parenté avec responsable (ex : père/mère) : Parenté avec conjoint :

A COCHER :

P.A.I * : Autorisation droit à l'image : Autorisé à rentrer seul : Garde alternée :

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A RECUPERER L'ENFANT

Contact 1

Civilité : Nom d'usage, Prénom :

Lien de parenté avec le ou les enfant(s) :

 Domicile :  Mobile :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Contact 2

Civilité : Nom d'usage, Prénom :

Lien de parenté avec le ou les enfant(s) :

 Domicile :  Mobile :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Contact 3

Civilité : Nom d'usage, Prénom :

Lien de parenté avec le ou les enfant(s) :

 Domicile :  Mobile :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Précisez dans cet encart toute information complémentaire que vous jugerez nécessaire :

Je soussigné,, responsable légal de (s) enfant (s), déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :

DONNEES PERSONNELLES : Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la **commune de MAUVES** pour le **fonctionnement d'un logiciel de gestion d'activités périscolaires**. Elles sont conservées pendant la durée prévue à l'article 3 de la Délibération n° 2015-433 du 10 décembre 2015 (NS-058), à savoir « *le temps strictement nécessaire à l'accomplissement de la finalité pour laquelle elles ont été collectées* », et sont destinées au service de gestion périscolaire de la commune. Conformément au règlement n° 2016/679 du 27 avril 2016, vous pouvez exercer votre droit d'accès, d'opposition, de modification ou de rectification des données vous concernant en contactant : **Commune de MAUVES – 7 Place de la Mairie – 07300 MAUVES – mairie@ville-mauves.com**.