

FICHE SANITAIRE DE LIAISON *(un formulaire par enfant)*

Accueil de loisirs maternel et élémentaire

Temps périscolaires et extrascolaires

Année 2026-2027

L'accueil ne pourra être assuré sans retour préalable de cette fiche

A remettre à l'accueil de la Mairie ou transmettre par mail à l'adresse :

inscription.periscolaire@clichysousbois.fr

INFORMATIONS DE L'ENFANT

NOM	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
LIEU DE NAISSANCE	
ADRESSE	
ECOLE	
NIVEAU	

INFORMATIONS RESPONSABLES LÉGAUX

Parent 1

NOM	
PRENOM	
ADRESSE	
TELEPHONE	
MAIL	
SITUATION FAMILIALE	

Parent 2

NOM	
PRENOM	
ADRESSE	
TELEPHONE	
MAIL	
SITUATION FAMILIALE	

En cas de séparation, fournir tout document relatif à l'autorité parentale (obligatoire).

AUTORISATION DE SORTIE

- ☐ J'autorise mon enfant à quitter l'établissement seul
- ☐ J'autorise mon enfant à quitter l'établissement accompagné (préciser ci-dessous)
- ☐ Je n'autorise pas mon enfant à quitter seul l'établissement

La responsabilité de la structure cesse dès la sortie de l'enfant.

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

NOM	
PRENOM	
LIEN AVEC L'ENFANT	
TELEPHONE	

NOM	
PRENOM	
LIEN AVEC L'ENFANT	
TELEPHONE	

NOM	
PRENOM	
LIEN AVEC L'ENFANT	
TELEPHONE	

PERSONNES NON AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT (copie du jugement exigée)

NOM	
PRENOM	
LIEN AVEC L'ENFANT	
TELEPHONE	

CONTACT EN CAS D'URGENCE (SI PARENTS INJOIGNABLES) - OBLIGATOIRE

NOM	
PRENOM	
LIEN AVEC L'ENFANT	
TELEPHONE	

NOM	
PRENOM	
LIEN AVEC L'ENFANT	
TELEPHONE	

REGIME ALIMENTAIRE

- Viande ☐
- Sans viande ☐

ASSURANCE

COMPAGNIE D'ASSURANCE	
NUMERO DE CONTRAT	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Vaccinations

Transmettre la photocopie des feuilles vaccination du carnet de santé ou un certificat de vaccination à jour demandé au médecin

En cas de non-vaccination, fournir un certificat médical de contre-indication.

Allergies, traitements, pathologies (préciser la conduite à tenir)

Allergies alimentaires	
Allergies médicamenteuses	
Asthme	
Traitement médical en cours	

Reconnaissance MDPH : ☐ Oui ☐ Non

Projet d'accueil individualisé (PAI) : ☐ Oui ☐ Non
(Si oui, joindre le protocole)

*Aucun médicament ne pourra être administré sans certificat médical valide ou accord des services de secours **et** autorisation parentale ci-dessous.*

Équipements et particularités

Votre enfant porte-t-il :

- Lunettes : ☐ Oui ☐ Non
- Lentilles : ☐ Oui ☐ Non
- Prothèses auditives : ☐ Oui ☐ Non

Autres informations utiles (commentaires) :

.....

Médecin traitant

NOM	
PRENOM	
TELEPHONE	

AUTORISATIONS

Autorisation médicale

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre toutes les mesures nécessaires (soins de premiers secours, traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) en cas d'urgence, conformément aux prescriptions des professionnels de santé

Traitement médical

☐ Autorise ☐ N'autorise pas l'équipe à administrer les traitements prescrits par ordonnance

Transport/sorties

☐ Autorise ☐ N'autorise pas mon enfant à être transporté en véhicule de service ou en car de location

Baignade

☐ Autorise ☐ N'autorise pas mon enfant à prendre part à des activités de baignade

AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE

☐ Autorise ☐ N'autorise pas

La mairie de Clichy-sous-Bois à utiliser les photographies ou vidéos sur lesquelles mon enfant apparaît, pour diffusion sur les supports de communication de la ville.

La mairie s'engage à ne pas utiliser ces images dans un cadre portant atteinte à la vie privée de l'enfant.

PROTECTION DES DONNÉES (RGPD)

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à constituer votre dossier et à permettre sa gestion d'ensemble. La maire de la commune est également destinataire de ces données, dans le cadre de ses compétences légales en matière d'inscription scolaire et de contrôle de l'obligation scolaire. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par le Règlement Général de Protection des Données personnelles européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, les données personnelles recueillies sont exclusivement destinées à la Ville de Clichy-sous-Bois. Les services en charge du support informatique de la Ville et ses sous-traitants peuvent également accéder à ces données, aux seules fins de gestion et maintenance informatique. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données, ou encore de limitation du traitement des données recueillies. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, adressez-vous au Délégué à la protection des données de la Ville de Clichy-sous-Bois : rgpd@clichysousbois.fr en précisant vos nom, prénom, adresse, et en joignant une copie d'un justificatif d'identité.

Fait à :

Le :

Signatures du ou des responsables légaux :