

DEPARTEMENT DE L'AUBE

COMMUNE

DE

FONTAINE-LES-GRÈS

NOM :.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

INFORMATIONS RELATIF CONCERNANT VOTRE (VOS) ENFANT (S)

Nom	Prénom	Date de naissance	Classe	Masculin (M) ou Féminin (F)

1 - Renseignements médicaux concernant votre (vos) enfant (s) :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui ☐ non ☐

Si oui, lequel ?

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES : oui ☐ non ☐

Si oui, laquelle ?

2 - Responsables légaux par ordre de priorité

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone	Courriel

3 - Personnes habilitées à reprendre votre (vos) enfant (s) hors responsables légaux

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone

Joindre une photocopie de la carte d'identité des personnes qui n'ont aucun lien parenté

Je soussigné (e) _____, responsable légal de mon (mes) enfant (s), autorise(ons) le(s) personne(s) à récupérer notre (nos) enfant(s) à la garderie périscolaire de la commune de Fontaine-les-Grès.

En cas d'urgence :

Je soussigné (e), , responsable légal de l'enfant, autorise l'agent territorial à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation) rendues nécessaires par l'état mon (mes) enfant(s).

Date :

Signature :

4 - RGPD

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans fichier informatisé ou papier par la commune de Fontaine-les-Grès dans le but d'une gestion par les services.

Elles seront conservées pendant un an après échéance puis détruites.

Conformément au Règlement européen sur la Protection des Données (RGPD) du 27 avril 2016, vous pouvez exercer vos droits (accès, information, opposition, rectification, effacement, limitation, portabilité) en contactant le Délégué à la Protection des Données, CDG 10, rond-point Winston Churchill, 10300 SAINT-SAVINE ou dpo@cdg10.fr ou en introduisant une réclamation auprès de la CNIL.

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

Date :

Signature :