

--	--	--	--

NOM du mineur : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Sexe : Masculin  Féminin

École : Publique  Privée   
à Viriat  Autres

Niveau scolaire : .....

**FICHE SANITAIRE et de RENSEIGNEMENTS 2024**  
*Valable du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2024*  
**Remplir une fiche par enfant**  
*Arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en collectivité*

**Remplir une fiche par enfant si vous avez besoin d'au moins un des services ci-dessous :**

Périscolaire <input type="checkbox"/> Jessie 06 35 38 22 58	CDL Mercredis / Vac <input type="checkbox"/> Sylvain 06 24 54 25 81	Restaurant Scolaire <input type="checkbox"/> 04 74 25 16 45	Aides aux devoirs <input type="checkbox"/>	CME <input type="checkbox"/> Jessie 06 35 38 22 58	VIP Ados <input type="checkbox"/> 06 23 79 19 85
--	--	--	--	---	---

**1/ Vaccinations**

Les vaccins obligatoires à la vie en collectivité sont fonction de l'âge de l'enfant (né avant ou à partir de 2018). <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F767>  
**Joindre la copie des pages de vaccinations du carnet de santé.**

**2/ Repas**

Nous vous rappelons que nous ne pouvons pas prendre en compte les goûts de chacun et nous vous demandons de bien nous préciser le régime alimentaire de votre enfant. Toute exclusion alimentaire devra être justifiée.

Repas (**1 seul choix possible**) :  standard\*  sans porc\*  sans viande\*

**3/ Données médicales**

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  en lien avec des allergies alimentaires  
 en lien avec des allergies médicamenteuses  
 autres : animaux, plantes, pollens ...  
 avec un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)  
 Non

Si oui, joindre obligatoirement le certificat médical, l'ordonnance ou le PAI précisant la cause de l'allergie, les médicaments (1 jeu par structure d'accueil dans une trousse fermée et portant le nom et prénom de l'enfant), les signes évocateurs, la conduite à tenir. Le PAI est à renouveler chaque année. Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

NOM du médecin traitant : Dr ..... Tel .....

**3/ Renseignements concernant les responsables légaux de l'enfant – Remplir lisiblement et en lettres capitales**

**RESPONSABLE LEGAL n°1 - chez qui vit l'enfant**

Père  Mère  Tuteur (ou famille d'accueil)  N° Allocataire CAF de l'Ain : .....

Marié(e)  Pacsé(e)  Vie maritale  Seul(e)  Veuf(ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)  (joindre le jugement)

NOM et Prénom : ..... Date naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : ..... Ville : .....

Mail : ..... Tél portable : .....

**RESPONSABLE LEGAL n°2**

Père  Mère  Tuteur (ou famille d'accueil)  N° Allocataire CAF de l'Ain : .....

Marié(e)  Pacsé(e)  Vie maritale  Seul(e)  Veuf(ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)  (joindre le jugement)

NOM et Prénom : ..... Date naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : ..... Ville : .....

Mail : ..... Tél portable : .....

Je souhaite recevoir les factures du :

- Restaurant Scolaire à l'adresse du :  Responsable légal 1  Responsable légal 2
- Périscolaire, CDL, Vip Ados, Aides aux devoirs... à l'adresse du :  Responsable légal 1  Responsable légal 2

Je souhaite régler les factures du Restaurant Scolaire par prélèvement automatique. (Mise en place courant 2024 pour la Cité des Enfants). A réception de votre RIB, un mandat de prélèvement SEPA vous sera transmis. Il vous appartiendra de l'imprimer, le dater et le signer puis nous retourner l'original (exclusivement).



**4/ La Fraterie** - Merci de renseigner les frères et sœurs

N°	Nom	Prénom	Etablissement scolaire	Classe	Quel parent à l'autorité parentale ? Case(s) à cocher	
					Responsable Légal n°1	Responsable Légal n°2
1						
2						
3						
4						

**5/ Autorisation parentale**

Je soussigné(e) (**NOM Prénom**) .....

- ✓ Certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à mettre à jour si nécessaire mes informations sur le Portail Famille,
- ✓ M'engage à être à jour de cotisation d'assurance de responsabilité civile pour chacun de mes enfants,
- ✓ Autorise la commune à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant suivant les prescriptions du médecin,
- ✓ Accepte de recevoir par sms ou mails, les infos nécessaires au bon fonctionnement du service,

Autorise la prise de photos et de vidéos de mes enfants dans le cadre de nos activités et médias (**pour le journal, le site internet de la mairie, plaquettes, bulletins, affichage à l'accueil de loisirs...**) :

Oui  Non

Autorise la Caisse d'Allocations Familiales de l'Ain à transmettre à la mairie de Viriat, les informations nécessaires pour déterminer les tarifs appliqués aux accueils de loisirs (périscolaire, accueil de loisirs, VIP ados). Cette autorisation vous dispense de fournir l'attestation papier. Conformément à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 06 janvier 1978, vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir l'attestation du quotient familial la plus récente. A défaut, le tarif le plus élevé sera appliqué.

Oui  Non

✓ Autorise les personnes ci-dessous à récupérer mes enfants :

NOM Prénom	Relation	N° téléphone
1.		
2.		
3.		

Les informations recueillies sur cette fiche sont enregistrées dans un fichier informatisé par le service Actions Educatives et Affaires Scolaires de la mairie de Viriat. Les données collectées seront communiquées entre les différents secteurs du service actions éducatives et affaires scolaires (périscolaire, VIP ADOS, centre de loisirs...) Le service s'engage à se conformer aux obligations lui incombant en vertu des réglementations suscitées et, particulièrement, du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez la [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter [protectiondonnees@grandbourg.fr](mailto:protectiondonnees@grandbourg.fr)

**6/ Communication libre** Infos à partager ?

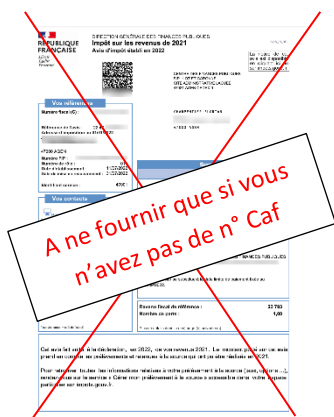
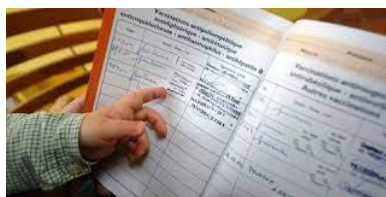
.....

.....

.....

.....

**Pensez à joindre OBLIGATOIREMENT :**  
Les pages vaccinations du carnet de santé



Date et Signature :

