

VILLE DE MONTMAGNY - DIRECTION DE LA VIE SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE

Fiche sanitaire Activités péri et extrascolaires ANNEE SCOLAIRE 2025/2026

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Sexe :

Ecole fréquentée :

Niveau scolaire :

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Représentant Légal 1 / Tuteur

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal et ville :

Tél portable :

Email :

Représentant Légal 2

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal et ville :

Tél portable :

Email :

CONTACTS DE LA FAMILLE

Nom et Prénom	Téléphone portable	Lien avec l'enfant	Personne à contacter en cas d'urgence	Personne autorisée à venir chercher l'enfant

J'autorise les personnes indiquées ci-dessus à récupérer

J'ai pris connaissance des informations suivantes : seules les personnes nommément désignées ci-dessus peuvent bénéficier de cette autorisation. Toute personne bénéficiant d'une autorisation devra pouvoir justifier de son identité auprès de l'animateur présent à l'accueil.

ENFANT AUTORISÉ À SORTIR SEUL (pour les enfants d'élémentaire UNIQUEMENT)

J'autorise à partir seul des activités périscolaires :

Activités périscolaires du soir (lundi, mardi, jeudi et vendredi) ☐ Oui à 17h30 ☐ Non

Etudes dirigées, Clas (lundi, mardi, jeudi et vendredi) ☐ Oui à 17h45 ☐ Non

Accueil de loisirs élémentaire mercredis et vacances ☐ Oui à 13h30 - 14h00 ☐ Oui à 16h30 ☐ Non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SANTE DE L'ENFANT

Habitudes Alimentaires

☐

Sans porc

☐

Sans viande

L'enfant a-t-il un **PAI** (Protocole d'Accueil Individualisé) ?

☐

Oui

☐

Non

Si oui, fournir le document dédié, complété et signé par l'ensemble des parties dont l'IEN, joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament et aucun panier repas ne pourront être donnés sans protocole finalisé.

1 - L'enfant est-il suivi par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (**MDPH**) ?

☐

Oui

☐

Non

2 - L'enfant est-il bénéficiaire de l'**AAEH** ? ☐ Oui ☐ Non

(Si vous avez coché oui, merci de prendre contact avec la direction de la vie scolaire et périscolaire pour convenir d'un rendez-vous.

Nous pourrions évaluer ensemble les moyens matériels et/ou humains pour l'accueil de votre enfant).

Vaccins effectués

Date

DT POLIO, DTP

ROR

Haemophilus influenzae de type B (HIB)

Pneumocoque

Méningocoque C

RECOMMANDATIONS PARTICULIERES DES RESPONSABLES LEGAUX/TUTEUR CONCERNANT L'ENFANT

UTILISATIONS DES COORDONNEES TELEPHONIQUES ET ELECTRONIQUES

☐

En cochant cette case :

Je n'autorise pas la ville de Montmagny à m'adresser des informations par le biais de mon adresse électronique et de mon téléphone portable

(exemples : réservations vacances et mercredis, information grève, informations quotient familial...).

SIGNATURES DES RESPONSABLES LEGAUX/TUTEUR (obligatoire)

Je soussigné(e), _____ atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche. J'atteste également avoir pris connaissance de la possibilité pour la ville de Montmagny de vérifier par tous les moyens légaux la véracité de ces déclarations.

La présence aux activités périscolaires et extrascolaires vaut acceptation du règlement intérieur des activités périscolaires et extrascolaires.

Vos données sont utilisées par la commune de Montmagny afin de prendre en compte les spécificités et besoins de santé de votre enfant. Elles sont destinées à la direction de la vie scolaire et périscolaire, ainsi qu'au personnel assurant l'accueil de votre enfant. Elles sont conservées durant 5 ans. L'utilisation de vos données repose sur une obligation légale.

Conformément à la réglementation en matière de protection des données, vous disposez de droits sur vos données (accès, rectification, limitation) que vous pouvez exercer auprès de notre délégué à la protection des données : **dpd@cigversailles.fr**

Vous pouvez également adresser une réclamation auprès de la CNIL.

Fait à Montmagny, le _____

Signature du représentant légal 1/ tuteur

Signature du représentant légal 2