

FICHE SANITAIRE DE LIAISON POUR LE P.A.J. (Point Accueil Jeunes)

★ **IMPORTANT !** À cette fiche, doit être joint impérativement un justificatif des vaccins à jour de votre enfant.

Identité du jeune

NOM* : _____ Prénom(s)* : _____
Date de naissance* : __/__/____ Sexe* : Fille Garçon

Existe-t-il des contre indications médicales pour la pratique de certaines activités?* oui non
Si oui, lesquels? (Joindre un certificat de contre-indication)

Régime alimentaire* :

Sans porc oui non
Végétarien oui non
Autres _____

Allergies* :

Asthme oui non Médicamenteuses oui non
Alimentaires oui non Autres _____

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

À prévenir en cas d'urgence* : (nom et numéro de tél.)

(1) _____	(2) _____
(3) _____	(4) _____
(5) _____	(6) _____

* Les informations signalées par une étoile sont indispensables au traitement de votre demande

Les informations collectées via ce formulaire sont traitées par la Mairie de Saint-Pathus située au 6 rue Saint Antoine 77178 Saint-Pathus dans le cadre de votre demande d'adhésion au PAJ. Les informations mentionnées par une (*) sont indispensables au traitement de votre demande. Les informations font l'objet d'un traitement informatisé, elles sont conservées 1 an et sont uniquement transmises au service municipal enfance jeunesse et service périscolaire. Conformément à la Loi Informatique et Liberté Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 dit RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité, de limitation et d'opposition au traitement de vos données. Vous pouvez exercer vos droits par courrier : Mairie de Saint Pathus 6 rue Saint Antoine 77178 Saint Pathus ou par mail : dpo@saint-pathus.fr

Renseignement sur la famille (responsable légal):

PÈRE, MÈRE ou Responsable légal: (rayer les mentions inutiles)

NOM*: _____

Prénom(s)*: _____

Situation familiale*: Célibataire Marié Concubins Divorcés

Date de naissance*: __ / __ / ____ Numéro CAF*: _____

Adresse*: _____

Code postal*: _____ Commune*: _____

Téléphone*: _____ Courriel*: _____@_____

PÈRE, MÈRE ou Responsable légal: (rayer les mentions inutiles)

NOM*: _____

Prénom(s)*: _____

Situation familiale*: Célibataire Marié Concubins Divorcés

Date de naissance*: __ / __ / ____ Numéro CAF*: _____

Adresse*: _____

Code postal*: _____ Commune*: _____

Téléphone*: _____ Courriel*: _____@_____

Autorisation médicale du responsable légal*

Je (nous) soussigné(es), agissant en qualité de père, mère, représentant légal (rayer la mention inutile) déclare (déclarons) exact les renseignements portés sur cette fiche et:

J' (nous) autorise (autorisons) le responsable du PAJ de Saint-Pathus à prendre en cas d'urgence toutes les mesures nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie...)

À noter: Tous les frais médicaux, d'hospitalisation, de transport et d'opération éventuelle seront à la charge de la famille

Date*: __ / __ / ____

Signature des parents ou du représentant légal*

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

* Les informations signalées par une étoile sont indispensables au traitement de votre demande