

Obligatoire

Photo  
du visage\*\*

Tout type  
d'impression

## 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 contres 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](mailto: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