



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : M F

Né(e) le ... / ... / à Département :

Adresse :

CP : Ville :

RESPONSABLE LEGAL

Nom : Prénom :

☎ Téléphone 1 : ☎ Téléphone 2 :

Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

N° Sécurité Sociale :

Nom et Adresse du centre de Sécurité Sociale :

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

OBSERVATIONS PARTICULIERES que vous jugerez utiles de porter à notre connaissance :
Précautions particulières à prendre en compte (allergies, problèmes de santé à connaître,..)

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Intervention chirurgicale importante Non si Oui laquelle.....

Coordonnées du Médecin Traitant : Nom, Adresse, Téléphone

Fait à Le.....

Signature du représentant légal

L'AFCA récolte vos données personnelles dans un but d'enregistrement et de recueil d'informations qui restera exclusivement au sein de l'association. Il reste nécessaire pour l'association d'obtenir ces informations pour la bonne mise en place des activités proposées. Seules l'équipe de direction et le secrétariat auront accès à ces informations personnelles qui seront conservées pendant 3 ans. Après ce délai, ces dossiers seront détruits. Vous avez la possibilité de modifier/rectifier/supprimer vos données personnelles à tout moment en envoyant un courrier ou email stipulant vos changements. Après validation du référent RGPD de l'association, nous accuserons réception de votre demande et opérerons le changement.