|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   |  |

|  |
| --- |
| ***FICHE SANITAIRE DE LIAISON* *2025/2026****CLUB ADOS ET VENDREDIS SPORTIFS* |

 |

**Merci de joindre à ce dossier, la photocopie de l’assurance extra-scolaire 2025-2026, un justificatif de domiciliation, les photocopies des pages de vaccination du carnet de santé et l’avis d’imposition 2024.****NOM DE L’ENFANT** : …………………………………………. Prénom : ………………………………………………….Date de naissance : ……………………………………………N° CAF : ………………………………………………….Tél de **l’enfants** :………………………………………………Sexe : Fille □ Garçon □ Age: ……………………Adresse de l’enfant : …………………………………………………………………………………………………………………………. Ville : …………………………………………… Code postal : ……………. **Responsable l’égal 1** Père Mère Autre, préciser : Nom : …………………………………………. Prénom : ………………………………………Date de naissance Situation familiale : …………………………...Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………. Tél : ……………………………………………... **E-mail** : …………………… Nom de l’employeur : ……………………………………………… Tél de l’employeur : …………………………………… **Responsable l’égale 2** Père Mère Autre, préciser : Nom : …………………………………………. Prénom : ………………………………………Date de naissance Situation familiale : …………………………...Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………. Tél : ……………………………………………... E-mail : …………………………………………………..Nom de l’employeur : ……………………………………………… Tél de l’employeur : …………………………………… **Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l’enfant et à prévenir en cas d’urgence (si le responsable légal n’est pas joignable) :**Mr., Mme…………………………Tél : ………………………… Mr., Mme…………………………Tél : ………………………… Mr., Mme…………………………Tél : ………………………… Mr., Mme…………………………Tél : ………………………… **Calcul du quotient familial pour le Club Ados :** Joindre une copie de votre dernier avis d’imposition définitive (2024). Sans votre avis d’imposition, le tarif Champenois le plus haut vous sera appliqué. **Renseignements MEDICAUX concernant l’enfant :**L’enfant suit-il un **traitement médical :** oui nonSi oui : joindre **l’ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants **(boites de médicaments dans leur emballage d’origine marquées au nom de l’enfants).** **Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.****ALLERGIE :** Asthme Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir : Médicamenteuse Alimentaire  Autre : **REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : Sans porc Sans viande PAI (à préciser ci-dessous)** |
| **DIFFICULTES de santé** (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération …), préciser les dates et les précautions éventuelles à prendre :**VACCINATIONS ET MALADIES** (se référer au carnet de santé de l’enfant et joindre une photocopie)**VACCINS OBLIGATOIRES Dates derniers rappels Observations**Diphtérie oui nonTétanos oui non Poliomyélite oui nonDT polio oui nonTétracoq oui nonBCG oui non**L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**Rubéole : oui non Varicelle : oui non Rhumatisme : oui nonAngine : oui non Scarlatine : oui non Coqueluche : oui nonOtite : oui non Rougeole : oui non Oreillons : oui non**RECOMMANDATIONS utiles des parents** Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc…Précisez :Nom et tél du médecin traitant (facultatif) :**Assurance :** Nom de la compagnie : N° de contrat :**Régime sécurité social** : (MSA, EDF/GDF, RATP, SNCF, Banque de France …) Autre régime : Je soussigné, …………………………………………. Responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du club ados à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.  **Date** : Signature : *Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d’un traitement par le maire de Champagne sur Oise sis à 8 bis place du Général de Gaulle – 95660 Champagne sur Oise pour la gestion de la fiche sanitaire de liaison de votre enfant.* *Le responsable de traitement a désigné l’ADICO sise à Beauvais (60000), 5 rue Jean Monnet en qualité de déléguée à la protection des données.* *Le traitement est nécessaire à l’exécution d’une mission d’intérêt public dont est investie la mairie en application des articles L. 227-4 et R. 227-1 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que des articles L. 2324-1 et R. 2324-17 du code de la santé publique.**Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : agents habilités de la commune.* *Les données sont conservées pendant 1 an puis détruites.* *Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier ou exercer votre droit d’opposition au traitement. Vous bénéficiez également d’un droit à la limitation du traitement. Les droits à la portabilité et à l’effacement ne s’appliquent pas à l’exécution d’une mission d’intérêt public.**Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données ou le service chargé de l’exercice de ces droits à l’adresse suivante :* *rgpd@villedechampagne.fr**Si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.**Consultez le site cnil.fr pour plus d’informations sur vos droits***Mairie de Champagne-sur-Oise** : 8 bis place du Général de Gaulle – 95660 CHAMPAGNE-SUR-OISETél : 01 30 28 77 77 – Fax : 01 39 37 03 88 – [www.champagne95.fr](http://www.champagne95.fr) |