



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026/2027

CLUB ADOS ET VENDREDIS SPORTIFS

Merci de joindre à ce dossier, la photocopie de l'assurance extra-scolaire 2026-2027, un justificatif de domiciliation, les photocopies des pages de vaccination du carnet de santé et l'avis d'imposition 2025.

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'égal 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 (2025). 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 non

Si oui : joindre l'**ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes 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 :

Diphtérie	oui	non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tétanos	oui	non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Poliomyélite	oui	non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DT polio	oui	non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tétracoq	oui	non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BCG	oui	non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole : oui non

Varicelle : oui non

Rhumatisme : oui non

Angine : oui non

Scarlatine : oui non

Coqueluche : oui non

Otite : 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-OISE

Tél : 01 30 28 77 77 – Fax : 01 39 37 03 88 – www.champagne95.fr