



# Fiche Sanitaire des Accueils périscolaires et de loisirs

## Année scolaire de septembre 2026 à août 2027

Photo

### L'ENFANT

☐ Garçon ☐ Fille Ecole : \_\_\_\_\_

Ecole maternelle : ☐ PETITE SECTION ☐ MOYENNE SECTION ☐ GRANDE SECTION

Ecole élémentaire : ☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2

Nom(s)	.....
Prénom(s)	.....
Date et lieu de naissance	Date : ..... Lieu : .....
Adresse	.....
Assurance Scolaire et Extrascolaire	Nom : ..... Numéro : .....

### RESPONSABLES LEGAUX

INFORMATIONS SUR LES PARENTS	Parent 1	Parent 2	Autre responsable légal (Personne référente)
Civilité	<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame
Prénom(s)	.....	.....	.....
Adresse e-mail	.....	.....	.....
Téléphone domicile	.....	.....	.....
Téléphone mobile	.....	.....	.....
Situation familiale (1)	.....	.....	Rôle : .....
La garde de l'enfant est :	<input type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/> Confiée au père (2) <input type="checkbox"/> Confiée à la mère (2)	<input type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/> Confiée au père (2) <input type="checkbox"/> Confiée à la mère (2)	Lien avec l'enfant : .....

(1) Marié(e) – Divorcé(e) - Séparé(e) - Veuf(ve) – Pacsé(e) – Vie maritale - Célibataire

En cas de séparation ou divorce :

(2) **Joindre un justificatif précisant le mode de garde : copie de l'extrait**

**Personnes autorisées à récupérer l'enfant**

**Toute personne récupérant l'enfant DEVRA OBLIGATOIREMENT être munie d'une pièce d'identité**

Nom(s)			
Prénom(s)			
Téléphone domicile			
Téléphone mobile			
Lien de parenté avec l'enfant			
L'enfant est-il autorisé à rentrer seul (à quitter la structure d'accueil seul) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

**Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

- |                                 |                                     |                                   |                                     |                                    |
|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Otite    | <input type="checkbox"/> Rubéole    | <input type="checkbox"/> Varicelle |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Oreillons  | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Scarlatine |                                    |

**Votre enfant a-t-il des réactions allergiques : alimentaires, médicamenteuses ou autres ?**

- ☐ OUI      ☐ NON

Si OUI préciser lesquelles et merci de nous fournir une ordonnance du médecin :

.....

.....

**Votre enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé ou autres dispositifs :**

- ☐ OUI      ☐ NON

Préciser lequel : ☐ P.A.I. SANTE      ☐ P.A.I. ALIMENTAIRE      ☐ Enfant A.E.E.H.

☐ Autres dispositifs (ex : dossier MDPH, troubles, handicap) : .....

.....

**Si la réponse est affirmative, merci de nous fournir une copie afin de connaître le protocole à suivre en cas de crise et un justificatif avec la période concernée.**

**Si votre enfant a eu des antécédents médicaux ou chirurgicaux**, susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil (maladie, accident, crises, convulsions, opération, rééducation, ...)

Préciser lesquels, les dates, et les précautions à prendre.

- ☐ OUI      ☐ NON

.....

.....

**Choix du repas :**

- ☐ Standard      ☐ Sans porc      ☐ Sans viande

# AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

Je soussigné(e), .....

Responsable légal(e) de l'enfant : .....

- ☐ La direction des accueils collectifs de mineurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence : traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ou anesthésie rendus nécessaires par l'état de l'enfant et décidés par un médecin,
- ☐ La prise de photographies de mon enfant en vue de leur utilisation dans les supports de communication de la Ville (journal municipal, affiches, publications visuelles de la mairie),
- ☐ L'envoi de courriels par le Guichet Unique concernant diverses informations relatives aux accueils collectifs de mineurs (accueils périscolaires, mercredis, vacances) ainsi qu'aux différentes manifestations organisées par la Ville.

**Je déclare exacts les renseignements figurant sur cette fiche.**

**Fait à ....., le .....**

**Signature du ou des responsables légaux :**

**PJ : Joindre impérativement la photocopie des pages de vaccinations ou, à défaut, un certificat médical de contre-indication à la vaccination, ainsi que l'attestation de responsabilité civile.**

« Les informations recueillies sur ce formulaire sont conservées sur un support informatique par la commune de Groslay dans le but de procéder à l'inscription scolaire, aux activités périscolaires et/ou extrascolaires. Elles sont collectées par le Guichet unique et sont destinées uniquement à ce service. Elles sont conservées cinq ans. Si les données collectées servent seulement à une inscription scolaire la base juridique est l'obligation légale.

Conformément à la réglementation en matière de protection des données à caractère personnel (loi du 6 janvier 1978 modifiée et Règlement Général sur la Protection des données n°2016/679), vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données et de rectification en contactant le Délégué à la protection des Données Personnelles de la collectivité en envoyant un courriel à [dpd@cigversailles.fr](mailto:dpd@cigversailles.fr). Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.