



VÉLIZY-VILLACOUBLAY

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026/2027

Accueil Périscolaire :

Nom : Prénom :

Date de naissance : _____ Ecole fréquentée : _____ Classe : _____

Représentants légaux de l'enfant

Représentant 1 : Nom : Prénom :

Téléphone : Courriel :

Adresse :

Représentant 2 : Nom : Prénom :

Téléphone : Courriel :

Adresse :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom : Prénom :

Qualité : Téléphone :

Nom : Prénom :

Qualité : Téléphone :

Nom : Prénom :

Qualité : Téléphone :

Autorisation à quitter l'école

Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul (+ de 6 ans) :

Non

Oui

ALSH mercredi : à partir de 17h00 A 18h30

TAP : 16h30

Accueil du soir : 17h15 18h00 18h30

Etudes : 18h00 18h30

ALSH mercredi +EMS : à 17H00

Pour toute correspondance :

M. le Maire • Mairie • 2 place de l'Hôtel de Ville • BP 50 051 • 78 146 Vélizy-Villacoublay Cedex

Tél. : 01 34 58 50 00 • Fax : 01 34 50 40 92 • relationcitoyens@velizy-villacoublay.fr

www.velizy-villacoublay.fr

Renseignements médicaux

PAI médical :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui préciser :
PAI alimentaire :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui préciser :
	<input type="checkbox"/> Eviction	<input type="checkbox"/> Panier repas	
	<input type="checkbox"/> Déjeuner	<input type="checkbox"/> Goûter	
Traitement divers :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui préciser :
Allergies :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui préciser :
Lunettes/Appareil dentaire/Prothèse auditive :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	- Si oui préciser :

Rappel : vous devez obligatoirement fournir à l'accueil de loisirs les documents du PAI et les médicaments
Pensez à récupérer le PAI si changement de structure pendant les vacances

Vaccinations

(Remplir le tableau en se référant au carnet de santé ou fournir une photocopie lisible du carnet de santé)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
DIPHTERIE				COQUELUCHE	
TETANOS				HAEMOPHILUS INFLUENZA	
POLIOMYELITE				RUBEOLE-OREILLONS-ROUGEOLE	
DT POLIO				HEPATITE B	
TETRACOQ				PNEUMOCOQUE	
				BCG	
				AUTRES (préciser)	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Autorisation parentale pour la prise de vue d'un mineur et l'utilisation de l'image le représentant :

Dans le cadre de l'accueil de l'enfant, des reportages photographiques peuvent être réalisés. La publication et/ou la diffusion de l'image l'enfant, ainsi que les légendes ou les commentaires accompagnant cette publication ou cette diffusion, ne porteront pas atteinte à sa dignité, sa vie privée et à sa réputation. L'autorisation ci-dessous de la prise de vue et de l'utilisation de l'image de l'enfant a une validité de 1 an à compter de sa signature par les deux représentants légaux et est consentie à titre gratuit.

Nous autorisons (**cochez les cases ci-dessous**) :

La prise de photographies de mon enfant par le personnel d'animation et de la direction de la communication de la Ville de Vélizy-Villacoublay dans le cadre des activités organisées durant son accueil dans la structure périscolaire pour l'année scolaire en cours.

La publication et/ou la diffusion de photographies de mon enfant prises dans le cadre de son accueil périscolaire :

- One édifice
- au sein de la structure (communication interne)
- dans les Echos de Vélizy
- sur le site internet de la Ville
- sur les réseaux sociaux de la Ville

Nous reconnaissons : **(cochez la case ci-dessous)**

que notre enfant n'est lié à aucun contrat exclusif sur l'utilisation de son image ou de son nom.

Recueil du consentement au traitement de mes données à caractère personnel dans le cadre des prises de vue réalisées, diffusées et publiées :

Concernant les prises de vue effectuées par les personnes mentionnées ci-dessus, dans le cadre des activités auxquelles participe mon enfant durant son temps d'accueil au sein d'une structure périscolaire de la Ville de Vélizy-Villacoublay :

Je consens au traitement des données photographiques à caractère personnel de mon enfant

Je ne consens pas au traitement des données photographiques à caractère personnel de mon enfant

Je soussigné(e)..... , représentant légal de l'enfant déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

La collecte, l'enregistrement et la consultation des données personnelles, contenues dans la présente fiche sont nécessaires respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis.

Cette fiche permet à la structure d'accueil de mieux connaître les besoins de santé des enfants qui leur sont confiés, et vise à garantir la sécurité et le bien-être de l'enfant en cas d'urgence médicale et faciliter la prise en charge en cas de maladie ou d'accident. Elle permet également de fixer les autorisations parentales requises dans le cadre de l'accueil des enfants. Les destinataires des données sont les personnels habilités de la Commune de Vélizy-Villacoublay. Le responsable du traitement est le Maire en exercice de Vélizy-Villacoublay. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données, en contactant le délégué à la protection des données par mail à dpo@velizy-villacoublay.fr. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données. Si après nous avoir contactés, vous estimez que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.