



DISPOSITIF ARGENT DE POCHE 2025

Fiche sanitaire de liaison

LE JEUNE :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

RESPONSABLE LEGAL :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél 1 : Tél 2 :

MEDECIN TRAITANT :

Nom :

Adresse :

Tél :

VACCINATION :

Mon enfant est à jour des vaccins obligatoires : OUI NON

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Le jeune suit-il un traitement médical régulier ? OUI NON

ALLERGIES

Asthme : OUI NON Médicamenteux : OUI NON

Alimentaires : OUI, Précisez : NON

Autres : OUI, Précisez : NON

RECOMMANDATIONS UTILES (Port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, autres) précisez :

.....

Je soussigné....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le tuteur du jeune à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état du jeune.

Signature du responsable légal :

Informations concernant l'utilisation des données personnelles

Les données à caractère personnel sont collectées par la Mairie de LE TOURNE pour la gestion du « dispositif argent de poche » et sont destinées uniquement aux gestionnaires du service. Ces données seront conservées pour une durée de 3 ans.

Conformément au Règlement Général pour la Protection des Données (« RGPD ») du 27 avril 2016 et à la loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, à l'effacement, à la limitation, à la portabilité ainsi qu'à opposition en contactant [Monsieur Joachim JAFFEL - Syndicat Mixte Gironde Numérique - Immeuble Gironde, rez-de-dalle, 8 rue Corps Franc Pommiès, 33000 Bordeaux - 05 35 54 08 84]. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL en cas de méconnaissance des dispositions susvisées.