



Fiche Sanitaire & Certificat Médical

1 - ENFANT

NOM :

Prénom :

Date de naissance :/...../ 20.....

Garçon

Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant et elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

2 -VACCINATIONS - Joindre les copies du carnet de vaccination.

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	Oui	Non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

▶ Suit-il un traitement médical : Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et mettre les médicaments correspondants dans la valise (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

▶ En cas de fièvre ou douleur légères, autorisez-vous l'assistant sanitaire à lui donner du paracétamol :

Oui Non Si oui, joindre une ordonnance récente.

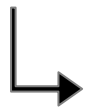
▶ Nom et numéro de téléphone du médecin traitant habituel, en cas de nécessité :

.....

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES *:



ASTHME Oui Non

MÉDICAMENTEUSE Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non

AUTRES

*Joindre le « projet d'accueil individualisé » (P.A.I.)

PRÉCISEZ la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....
.....
.....
.....

Tournez S.V.P.

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il : des lunettes des lentilles des prothèses auditives des prothèses dentaires

Autres :

Mouille t-il son lit ? Oui Non

Si c'est une fille, est-elle réglée ? Oui Non

5 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM, Prénom du ou des parents :

ADRESSE (pendant le séjour) :

.....

TELEPHONES : Domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Bureau :/...../...../...../.....

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :/...../ 20.....

Signature du ou des parents:

Pour les bénéficiaires de la CMU, joindre obligatoirement l'attestation CMU en cours de validité.

Observations : à remplir par l'école départementale

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Les informations recueillies vous concernant et concernant votre enfant font l'objet d'un traitement informatique et papier, auquel vous consentez, destiné recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Le Département des Alpes-Maritimes est le responsable de traitement. Ce traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public (Base légale du traitement, article 6-IE du RGPD). Cette action s'inscrit dans le cadre de la politique départementale pour la jeunesse et des délibérations de l'assemblée départementale adoptant la reconduction du dispositif.

Les données enregistrées sont celles des formulaires et n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée. L'ensemble des données est obligatoire, tout défaut de réponse entrainera l'impossibilité de traiter votre dossier. Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'accueil de votre enfant, qu'aux destinataires dûment habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, à savoir :

Le service instructeur du Conseil Départemental - Service de l'Action pour la Jeunesse

Conformément aux article 39 et suivants de la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent- Vous pouvez également définir le [sorti de vos données après votre décès](#), en vous adressant, par voie postale, au Délégué à la Protection des Données – Département des Alpes-Maritimes – B.P. n° 3007 06201 Nice Cedex 3 ou par courriel à donnees_personnelles@departement06.fr ou en vous adressant au Service de l'Action pour la Jeunesse- Centre Administratif des Alpes-Maritimes – BP 3007 – 06201 Nice cedex 3. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative. Depuis l'entrée en vigueur du Règlement Européen sur la Protection des données (RÈGLEMENT (UE) 2016/679) le 25 mai 2018, tout usager a le droit de s'opposer au profilage, demander la limitation du traitement, d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (En France : CNIL : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - Téléphone : 01.53.73.22.22. www.cnil.fr)