

FICHE INDIVIDUELLE ENFANT

(compléter une fiche *par enfant*)

Adresse : 18 av de la gare
46160 CAJARC
Tel : 05 65 10 85 41

<h2>INFORMATIONS SANITAIRES</h2>	<p>NOM :</p> <p>PRENOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE :/...../..... SEXE : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>CLASSE :</p> <p>NOM – PRENOM des parents:</p> <p>ou des responsables légaux</p> <p>.....</p>
--------------------------------------	---

1 – VACCINATIONS OBLIGATOIRES (fournir une copie des pages vaccination du carnet de santé) :

					DATE
Anti diphtérique	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>/...../.....
Antitétanique	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>/...../.....
Antipoliomyélique	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>/...../.....

2 – VACCINATIONS autres :

Hépatite B	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Rougeole oreillons rubéole	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
BCG	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Autres.....				

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant bénéficie-t-il d'un protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : allergie, traitement médical ? OUI NON

ALLERGIES :	ASTHME	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTEUSES	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	
	ALIMENTAIRES	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	SI OUI, PRÉCISER				
MALADIES :	RUBEOLE	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OTITE	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	
	VARICELLE	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	AUTRES, PRÉCISER				

Autres difficultés de santé nécessitant une surveillance particulière (maladie, accident, hospitalisation, opération) en précisant les dates :



FICHE INDIVIDUELLE ENFANT

(Compléter une fiche par enfant)

Adresse : 18 av de la gare
46160 CAJARC
Tel : 05 65 10 85 41

NOM DU MEDECIN TRAITANT

TEL :

Portable :

Dans le cadre de l'application du Règlement général de protection des données, dit « RGPD » est porté à votre connaissance que :

- La collecte de vos données personnelles (nom, prénom, adresse...) est strictement nécessaire(s) à la gestion du service auquel vous souscrivez.
- Le service s'interdit d'utiliser les données personnelles pour toute autre finalité que celle(s) strictement nécessaire(s) à la gestion du service.
- Vous avez le droit d'accès et le droit de rectification des données transmises. Dans ce cas, vous pouvez adresser votre demande à l'adresse mail suivante : sebastien@asso-colin-maillard.fr. Le responsable du traitement des données est Sébastien Lejas, directeur de l'espace jeunes .

4 – INFORMATIONS UTILES A L'ACCUEIL DE L'ENFANT :

Votre enfant porte t-il des lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire... ?

Votre enfant est-il en situation de handicap ? OUI NON

5 – ASSURANCE DE L'ENFANT (OBLIGATOIRE) :

Pour toute participation aux activités proposées par l'association « Les Colin Maillard », l'enfant doit être couvert par une assurance extra scolaire ou responsabilité civile du foyer en cours de validité.

Compagnie : n° police d'assurance : fin de validité :/...../.....

6 – ATTESTATION DU OU DES PARENTS DE OU DES ENFANT :

Je déclare exact() l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable d'établissement à prendre, en cas d'urgence, les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.*

() Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et d'amende prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal*

Signatures obligatoires :

Date/...../.....

Père

Mère