

## Fiche sanitaire enfant

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance :    /    /    .

1. **Vaccinations obligatoires** (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccination de l'enfant). Joindre une copie des certificats de vaccination, arrêté du 20/02/2003.

Vaccins	Dates
Antidiphthérique (D)	
Antitétanique (T)	
Anti poliomyélite (P)	

Si l'enfant n'a pas de vaccin obligatoire, joindre un certificat médical de contre-indication.

2. **Renseignements médicaux :**

2.1. L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : O= Oui ; N= Non.

Rubéole	Rougeole	Scarlatine	Otite
Varicelle	Coqueluche	Oreillons	Angine

2.2. L'enfant est-il sujet à allergies ? :

Si oui, précisez la cause, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

---

---

---

---

Signaler si auto médication à la direction ou aux animateurs référents.

2.3. L'enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation, etc.) ?

Indiquez les précautions à prendre :

---

---

---

2.4. L'enfant est-il pris en charge par un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) ?

Joindre une copie de ce dernier ainsi que le traitement avec nom et prénom de l'enfant de l'enfant sur la boîte et le matériel.

3. Recommandations utiles à l'équipe des personnes encadrant l'enfant :

3.1. L'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, etc.  
Précisez.

---

---

3.2. Régimes alimentaires particuliers :

---

4. Votre enfant est-il sous traitement au moment de l'accueil ?

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans emballage d'origine marquée au nom et prénom de l'enfant avec la notice).

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE DONNE SANS ORDONNANCE.

5. Responsables de l'enfant à prévenir en de problèmes :

Nom, prénom	N° téléphone fixe	N° portable

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légale de l'enfant \_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature :

6. Autres personnes à contacter en cas d'urgence (pièce d'identité à fournir lors de la première venue).

Nom, prénom	N° téléphone fixe	N° portable

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement par la commune de Malissard.

Nous ne traiterons ou n'utiliserons vos données que dans la mesure où cela est nécessaire.

Vos informations personnelles sont conservées pendant le temps nécessaire à la réalisation de l'objectif poursuivi, à moins que vous exerciez votre droit de suppression ou si la durée de conservation doit être allongée en vertu d'une obligation légale ou réglementaire.

Pendant cette période, nous mettons tout en œuvre pour assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles.

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 applicable dès le 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation, de suppression et de portabilité de vos données en cas de motifs légitimes.

Pour toute information complémentaire ou réclamation vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ou notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante [rgpd@inforoutes.fr](mailto:rgpd@inforoutes.fr)