



#### Cadre réservé à l'administration :

Dossier complet :  Oui  Non      Date d'arrivée du dossier : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES  
AFIN DE FACILITER L'INTERVENTION DES SECOURS EN CAS DE BESOIN**

## 1- ENFANT

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Garçon  Fille       Taille : \_\_\_ mètre\_\_\_      Poids : \_\_\_kg

## 2-VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

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

J'atteste sur l'honneur que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires à la vie en collectivité

## 3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui  Non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**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.**

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

RUBÉOLE : Oui  Non       VARICELLE : Oui  Non       ANGINE : Oui  Non   
 SCARLATINE : Oui  Non       OREILLONS : Oui  Non       COQUELUCHE : Oui  Non   
 OTITE : Oui  Non       ROUGEOLE : Oui  Non       RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ : Oui  Non

**VOTRE ENFANT A-T-IL UN PAI : Oui  Non**  Précisez : \_\_\_\_\_

ALLERGIES : ASTHME : Oui  Non       MÉDICAMENTEUSES : Oui  Non   
 ALIMENTAIRES : Oui  Non       AUTRES : \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

**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 LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

### 5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom / Prénom :

Adresse (pendant le séjour) \_\_\_\_\_

---

---

#### Numéro de téléphone

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) \_\_\_\_\_

### 6- DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies. En participant aux activités de la maison des jeunes, vous accordez la municipalité à prendre des photos de votre enfant pour diffusion sur ses différents supports de communication.

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

Signature :

(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

**Règlement Général sur la Protection des Données** : Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer votre candidature. Les données enregistrées sont conservées 6 années. Elles sont réservées à l'usage de la direction concernée et ne pourront être transmises, le cas échéant, qu'aux agents de la direction. Conformément à la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018, vous pouvez demander communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations vous concernant par voie postale : Mairie de Pignans - À l'attention du délégué à la protection des données - 7, place de la mairie - 83790 Pignans ou bien par mail : [donnees-perso.rgpd@pignans.fr](mailto:donnees-perso.rgpd@pignans.fr)

