

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 AIGÜ : 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 : ____ / ____ / 2024

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