

FICHE SANITAIRE ACCUEILS DE LOISIRS

(Mise à jour août 2024)



NOM :

PRENOM :

Date de Naissance :

Age :

Pour une première inscription uniquement

Il est de votre responsabilité de nous faire connaître toutes modifications (même minimales) concernant le suivi sanitaire de votre enfant et de nous transmettre les mises à jour.

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

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.

• MEDECIN TRAITANT

Veuillez préciser les coordonnées de votre médecin :

Dr

Adresse

Tel :

• VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE 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"/>	SCARLATINE 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"/>	

• ALLERGIES :

ASTHMES

Oui Non

MEDICAMENTEUSES

Oui Non

Précisez :

ALIMENTAIRE

Oui Non

AUTRES

Oui Non

Précisez :

• Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- **VEUILLEZ INDIQUER** : Les **DIFFICULTES DE SANTE** (maladie – accident – crises convulsives – hospitalisation – opération – rééducation- troubles DYS - Trouble du comportement) en précisant les dates et les **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

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

- **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** : Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires – **NOTIFIER EGALEMENT LES RECOMMANDATIONS ALIMENTAIRES (régime – contre-indications)**

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

AUTORISATION DURESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e),

.....

responsable légal de l'enfant :

.....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale – anesthésie...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

Date :

Signature

La Communauté de Communes du Ternois *traite* vos données dans le cadre de la gestion des inscriptions aux ACM organisés par le service jeunesse et l'établissement de statistiques. Ce traitement repose sur une mission d'intérêt public. Les données sont traitées uniquement par ce service. Elles sont conservées durant dix ans. Passé ce délai, elles seront *détruites / archivées* définitivement dans le cadre des règles légales de conservation. Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez des droits d'accès, de rectification, d'effacement de vos données, ou encore de limitation de leurs traitements. Vous pouvez également vous opposer au traitement des données vous concernant en raison d'un motif légitime et si aucune obligation légale ne s'y oppose. Pour exercer vos droits, rendez-vous sur : <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/formulaire-de-saisie-du-dpo>. Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr) si vous le jugez utile. Pour tout renseignement sur la protection de vos données, contactez le service en charge du suivi RGPD de Ternoiscom.