

Cette fiche est susceptible d'être transmise au personnel soignant en cas de départ de l'enfant avec le SAMU ou les pompiers.

L'ENFANT	
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"> PHOTO** </div>	Nom : _____
	Prénom : _____
	Date de naissance : _____
** obligatoire dans le cadre d'un PAI ou de traitement médicamenteux.	

Conformément à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'éducation sociale et des familles : « *L'admission d'un mineur en centre de vacances, en centre de loisirs sans hébergement et en placement de vacances est conditionnée à la fourniture préalable [...] des informations relatives* » :

● **AUX VACCINATIONS OBLIGATOIRES OU À LEURS CONTRE-INDICATION**

- L'enfant est âgé de moins de 6 ans ou de plus de 7 ans. J'atteste que les vaccins sont à jour et j'autorise la commune d'Assérac à conserver les informations vaccinales transmises l'an passé.
- L'enfant se situe dans la tranche d'âge entre 6 et 7 ans ou est nouvellement inscrit au service enfance. Je complète les informations vaccinales obligatoires ci-dessous :

Pour les enfants nés avant 2018*

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date du dernier rappel
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			

Pour les enfants nés depuis 2018*

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date du dernier rappel
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Coqueluche			
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B			
Hépatite B			
Infections invasives à pneumocoque			
Méningocoque de sérogroupe C			
Rougeole, oreillons, rubéole (ROR)			

Merci de joindre obligatoirement une copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations, ou attestation d'un médecin.

- **AUX ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX OU TOUT AUTRE ELEMENT D'ORDRE MEDICAL CONSIDERE PAR LE RESPONSABLE LEGAL COMME SUSCEPTIBLES D'AVOIR DES REPERCUSSIONS**

Si vous le souhaitez, vous pouvez préciser si l'enfant a eu les maladies suivantes :

Maladie	Oui	Non
Rubéole		
Varicelle		
Angine		
Rhumatisme		
Scarlatine		
Coqueluche		
Otite		
Rougeole		
Oreillons		

IMPORTANT

L'éviction de la collectivité est réservée à 11 pathologies :

L'angine à streptocoque, la coqueluche, l'hépatite A, l'impétigo, les infections invasives à méningocoque, les oreillons, la rougeole, la scarlatine, la tuberculose, la gastro-entérite à Escherichia coli, la gastro-entérite à Schigelles.

Indiquez ci-après les antécédents de santé de l'enfant (maladie, accident, hospitalisation, opération, etc.), dont vous souhaitez informer les encadrants ou soignants, en précisant les dates et précautions à prendre :

- **AUX PATHOLOGIES CHRONIQUES OU AIGUËS EN COURS**

L'enfant a-t-il un PAI* ? Oui – Non , si oui précisez : _____

Allergie alimentaire* : Oui – Non , si oui précisez : _____

Allergie médicamenteuse* : Oui – Non , si oui précisez : _____

Autres _____

IMPORTANT : si un traitement est à prendre, l'ordonnance du médecin devra être jointe et s'il s'agit d'un traitement à prendre en cas de crise, les conditions et modalités d'utilisation devront être décrites. Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Les nom et prénom du mineur devront être inscrits sur l'emballage.

Recommandations utiles des responsables légaux (lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires, etc.) :

INFORMATIONS UTILES À L'ENCADREMENT DE L'ENFANT

L'enfant fait-il de l'énurésie en dormant ? Oui – Non

S'agit-il d'une fille menstruée ? Oui – Non

LE OU LES RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Responsable 1 Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

N° domicile : _____ N° portable : _____

N° travail : _____

Responsable 2 Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

N° domicile : _____ N° portable : _____

N° travail : _____

Nom et téléphone du médecin traitant (si pathologie de l'enfant) :

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable de l'accueil à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date : _____ Signature : _____

La ville d'Assérac collecte vos données pour communiquer avec les familles, assurer la sécurité de l'enfant et son suivi sanitaire. La base légale du traitement est la mission d'intérêt public.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : agents service enfance, DGS, accueil. Elles sont conservées tant que les données seront valides.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données.

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données par voie électronique : dpo.asserac@cap-atlantique.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « informatique et libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.