**Renseignements sanitaires concernant l’enfant :**

**NOM** :……..……………………………… **PRENOM** :……………………………… Age :……….. Sexe :  M  F Date de naissance :………..…………

Ecole : …………………………………………………….……. Classe : …………………….

Nom prénom du père : .……………………..………………………. N° de téléphone…………………………………………….

Nom prénom de la mère : :……………………………….…..…….. N° de téléphone……………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| NUMERO DE SECURITE SOCIALE de l’enfant : |  |
| Complémentaire santé (mutuelle) : |  |

##### VACCINATIONS

J’atteste que mon enfant satisfait aux obligations de vaccination **et joins la copie du carnet de vaccination**

Pour les mineurs accueillis, seuls sont obligatoires (sauf contre-indication médicale reconnue), les vaccins suivants :

Antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique. Le BCG n’est quant à lui plus obligatoire depuis 2017.

Important : La loi a rendu obligatoire 11 vaccins pour les enfants nés après le 01/01/2018 :

Coqueluche, hépatite B, rougeole, oreillons, bactérie Haemophilus influenzae, pneumocoque, méningocoque.

La loi n’étant pas rétroactive, elle ne concerne les enfants nés avant cette date.

OU

**ATTESTATION MEDICALE A REMPLIR PAR LE MEDECIN**

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné …………………………………………………………………..……………… il ou elle a satisfait aux obligations fixées par la législation relative aux vaccinations (cf loi du 01.01.2018).

Observations éventuelles : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Cachet ou Nom, adresse du Médecin**

**Date et signature :**

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

L’enfant suit-il un traitement médical :  oui  non

**Si oui :** joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d’origine marquées au nom et prénom de l’enfant avec la notice)

**ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris ou donné sans ordonnance**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MALADIES** | | | | | | | | |
|  | Oui | Non |  | Oui | Non |  | Oui | Non |
| Scarlatine |  |  | Rubéole |  |  | Rhumatismes |  |  |
| Varicelle |  |  | Oreillons |  |  | Angine |  |  |
| Coqueluche |  |  | Rougeole |  |  | Otite |  |  |
|  | | | | | | | | |
| **ALLERGIES** | | | | | | | | |
|  | Oui | Non |  | Oui | Non |  | Oui | Non |
| Asthme  ………………. |  |  | Médicaments  ……………… |  |  | Un P.A.I. a-t-il été mis en place pour sa scolarité (si oui : fournir une copie) |  |  |
| Alimentaires  ………………… |  |  | Autres  ………………. |  |  |

Conduite à tenir : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

##### Personne(s) à prévenir en cas d’urgence

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Priorité** | **NOM/PRENOM** | **TELEPHONE(S)** | **LIEN AVEC L’ENFANT** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |

EN FONCTION DES ACTIVITES DEPLOYEES : un certificat médical de non contre-indication vous sera demandé uniquement pour les activités physiques et sportives suivantes : Plongée subaquatique (dont PMT), sports aériens et vol libre.

Spécifier les **antécédents médicaux** ou **chirurgicaux** ou **tout autre élément d’ordre médical** considérés par les parents comme **susceptibles d’avoir des répercussions** sur le déroulement du séjour :

…………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Les **difficultés de sante de votre enfant** (accident, crises convulsives, rééducation,) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

**RECOMMANDATIONS UTILES** (port de lunettes, prothèses auditives, dentaires, …) :

………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………….……………………………………………………………….……………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **Traitement des données personnelles**  Les informations recueillies dans ce dossier font l’objet d’un traitement informatique destiné à faciliter les échanges entre les familles inscrites au service, l’Odel et la Mairie ainsi qu’à la facturation du service. Les destinataires des données sont l’Odel et les services Enfance et Affaires Scolaires de la commune.  **Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et au règlement général sur la protection des données (UE N° 2016/679), vous bénéficiez d’un droit d’accès, de rectification et d’effacement des données vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant à : ODEL, Service ADL 9 rue Truguet, 83 000 Toulon ou par mail : adl@odelvar.com** |

L’ODEL, responsable du traitement, est représenté par son Directeur Général Mr Marc Lauriol.

La plupart des données de votre compte et les données liées à vos inscriptions sont conservées en bases opérationnelles pendant la durée nécessaire à la relation avec l’ODEL. Vos données seront ensuite archivées avec un accès restreint pour une durée supplémentaire en lien avec les durées de prescription et de conservation légale pour des raisons strictement limitées et autorisées par la loi. Passé ce délai, elles seront supprimées.

##### DOCUMENTS A FOURNIR

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | La présente fiche sanitaire renseignée, datée et signée |  | Copie du carnet de vaccination  OU  Certificat médical rempli par le médecin traitant  OU  L’attestation médicale signée et tamponnée par le médecin |
|  | L’ordonnance de traitement le cas échéant |

Je soussigné(e), ……………………………………………………………, responsable légal de l’enfant ……………………….…………………………………, déclare exacts les renseignements portés sur la présente 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.

Date :…………………………....

Signature du responsable 1 : Signature du responsable 2 :