

FICHE SANITAIRE OBLIGATOIRE ACM PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE

ENFANT	
NOM Prénom Date de naissance	Sexe Lieu de naissance

PARENT 1	PARENT 2
Nom Prénom Téléphone	Nom Prénom Téléphone
Autre personne à joindre en cas d'urgence	Assurance de l'enfant
Nom Prénom Adresse Téléphone	Nom et n° de l'assurance

Vaccination obligatoire	
DTCP	Date du dernier rappel

Le cas échéant, copie de la page du carnet de santé relative à cette vaccination ou attestation d'un médecin justifiant de sa contre-indication.

Renseignements médicaux concernant l'enfant	Oui	Non
Traitement médical en cours <i>Si oui, fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine avec la notice et marqués au nom de l'enfant).</i> Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.		
Allergie alimentaire		
Allergie médicamenteuse		
Autre allergie		
Diabète		
Asthme		
Autres points à signaler		

J'autorise le personnel encadrant à utiliser les produits tels que les crèmes solaires, granulés homéopathiques d'Arnica, les crèmes pour les ecchymoses, les brûlures, en cas de nécessité.

OUI NON

J'autorise l'organisateur, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

OUI NON

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé. Conformément au règlement européen sur la protection des données (RGPD). Vous pouvez exercer vos droits en contactant le délégué à la protection des données ou en introduisant une réclamation auprès de la CNIL.

En cas de changement de coordonnées ou de données médicales, merci d'en informer l'équipe.

Date

Lu et approuvé,