



Commune de  
Castelnau de Guers



Service enfance/jeunesse

## Fiche de renseignements médicaux

**À remettre aux animateurs sous enveloppe cachetée**

Service Enfance / Jeunesse, 11 Place de la Mairie, 34210 Castelnau de Guers

Tel : 04 67 30 29 59 / 06 40 54 10 02 Mail : [enfancejeunessecdg34120@gmail.com](mailto:enfancejeunessecdg34120@gmail.com)

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

F

G

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_ CLASSE : \_\_\_\_\_

Né le : \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### REGIME ALIMENTAIRE

SANS PORC

SANS VIANDE

Protocole alimentaire (PAI)

Allergie(s) alimentaire (s) : \_\_\_\_\_

En cas de PAI alimentaire, un panier repas devra être fourni.

### VACCINATIONS

#### Rappel des vaccinations obligatoires :

Pour les enfants né avant 2018 : DTP (diphtérie, tétanos et poliomyélite)

Pour les enfants nés avant le 1er janvier 2018, seules les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite sont exigées, les autres vaccinations du calendrier vaccinal sont vivement recommandées.

Pour les enfants nés à partir de 2018 : 11 vaccinations obligatoires DTP, Coqueluche, Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B, Hépatite B, Infections invasives à pneumocoque, Méningocoque de séro groupe C, Rougeole, oreillons et rubéole.

Dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoire, joindre un certificat de contre-indication du vaccin. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

Merci de

- Joindre la photocopie du carnet de vaccination avec nom et prénom de l'enfant (*complète et très lisible*),
- ET faire remplir l'attestation ci-dessous par votre médecin traitant.

### MALADIES DEJA CONTRACTEES

Rubéole  Rougeole  Varicelle  Scarlatine  Oreillons  Angine  Coqueluche  Otite

Autre : \_\_\_\_\_

Conformément au règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès.

Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier RAR à l'adresse suivante : DPO-Mairie, 11 place de la Mairie, 34120 CASTELNAU DE GUERS. Merci de joindre la copie d'une pièce d'identité.

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr) <<http://www.cnil.fr>>).

## SANTE

Attention, il est formellement interdit aux enfants de posséder et d'utiliser des médicaments

**Allergies :**      oui  non

Si oui, la ou lesquelles : \_\_\_\_\_, la réaction : \_\_\_\_\_

**Traitement :**      oui  non  Si traitement merci de nous joindre l'ordonnance et le médicament

**Difficultés de santé :**      oui  non  (asthme, lunettes, des prothèses auditives, dentaires.....)

Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_,

Attention si asthmatique, merci de mettre en place un PAI

**Autres renseignements :** Maladie, accident, crise, convulsion, hospitalisation, opération, rééducation...      oui  non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

### ATTESTATION REDIGEE PAR LE MEDECIN TRAITANT

NOM : ..... Prénom : ..... Ville : .....

Numéro de téléphone : .....

certifie que l'enfant nommé ci-haut :

Est à jour de ses vaccinations jusqu'en : .....

Est apte à pratiquer du sport : oui  non

A aucune contre-indications à la vie en collectivité : oui  non

Date :                                  Signature ou cachet :

### ATTESTATION D'HOSPITALISATION ET D'INTERVENTION MEDICALE :

Je soussigné(e) M. ou Mme..... responsable légal(e), autorise

oui  non  l'animateur en charge de mon enfant à l'accompagner avec les services de secours dans une structure de soins si son état de santé le nécessite, jusqu'à notre arrivée.

Signature :

A Castelnau-de-Guers, le : .....

Signature : .....

Conformément au règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès.

Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier RAR à l'adresse suivante : DPO-Mairie, 11 place de la Mairie, 34120 CASTELNAU DE GUERS. Merci de joindre la copie d'une pièce d'identité.

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)<<http://www.cnil.fr>>).