

### Partie 2 – Fiche sanitaire et renseignements relatifs à l'enfant

**NOM ET PRÉNOM** \_\_\_\_\_ **Date de naissance** \_\_\_\_\_

**Nom de l'école fréquentée par l'enfant** \_\_\_\_\_ **Maternelle** **Élémentaire**

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé (pages relatives à la vaccination) ou au carnet de vaccinations ou attestation d'un médecin)

**Vaccins obligatoires : indiquer les dates de vaccins dans les cases de couleur correspondantes**

Âge approprié	VACCINATIONS OBLIGATOIRES pour les enfant nés à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2018								
	1 mois	VACCINATION OBLIGATOIRES pour les enfant nés avant le 1 <sup>er</sup> janvier 2018				12 mois	16-18 mois	6 ans	11-13 ans
		2 mois	4 mois	5 mois	11 mois				
BCG									
Diphtérie/ Tétanos poliomyéélite									
Coqueluche									
Haemophilus influenzae b (HIB)									
Hépatite B									
Pneumocoque									
Méningocoque C									
Rougeole / Oreillons / Rubéole									
Papillomavirus humains (HPV)									

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

Allergies alimentaires (l'enfant ne doit pas consommer certains aliments pour raisons médicales)  Oui  Non

Troubles alimentaires  Oui  Non

Antécédents médicaux ou chirurgicaux (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations,...)  Oui  Non

Si oui, préciser : (dates et précautions à prendre) \_\_\_\_\_

Pathologies chroniques ou aiguës en cours  Oui  Non

Si oui, préciser: \_\_\_\_\_

Et indiquer nom et tél. du médecin : \_\_\_\_\_

Problème de santé nécessitant un traitement d'urgence (asthme, diabète,...)  Oui  Non

PAI en cours (Projet d'Accueil Individualisé)  Oui  Non

Enfant en situation de handicap (AEEH...)  Oui  Non

Enfant présentant des difficultés spécifiques (concentration, motricité, autres...)  Oui  Non

Appareillage spécifique (lentilles, lunettes, prothèse auditive, prothèse dentaire,...) :  Oui  Non

Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Autres recommandations \_\_\_\_\_

## TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES (RGPD)

J'accepte que les informations transmises soient utilisées pour le traitement de mes demandes d'inscription, à la garderie du matin, restauration scolaire ou enfance, conformément au Règlement Général de la protection des Données (RGPD). Voir le texte d'information au verso de la Partie 1 - Fiche d'informations relatives à la famille.

Les destinataires de ces données sont uniquement les agents de la Ville et les agents de l'Éducation Nationale.

### AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant à utiliser tous types de transports en commun dans le cadre des activités  Oui  Non
- J'autorise mon enfant de plus de 6 ans à rentrer seul  Oui  Non
- Déclare accepter que mon enfant soit photographié ou filmé  Oui  Non

Déclare accepter que ces images (photo ou vidéo) soient diffusées :

- Sur le site internet de la Ville de Vénissieux :  Oui  Non
- Sur le site Intranet :  Oui  Non
- Sur les réseaux sociaux gérés par la collectivité :  Oui  Non
- Sur tous supports papier de communication de la collectivité :  Oui  Non

• Personnes majeures habilitées à récupérer mon enfant avec une pièce d'identité :

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Sans opposition écrite de votre part, les données nécessaires au suivi médical de votre enfant (les soins, les bilans de santé, les actions d'éducation à la santé, les visites médicales réalisées par le médecin scolaire ...) pourront être saisies et transmises à tous professionnels de santé qui auront à le prendre en charge. Et ce, que les données soient écrites, orales ou informatisées sur le logiciel de la ville « Publik » ou celui de l'éducation nationale « Esculape ».

A tout moment vous pourrez modifier votre décision en vous adressant à La Direction Enfance Éducation.

Je dispose d'un droit d'accès, de rectification, et d'effacement de celles-ci en adressant une demande avec le formulaire «[Contact Protection de vos données](#)» ou par courrier postal à l'attention du Délégué à la Protection des données, 5 avenue Marcel Houël 69200 Vénissieux.

Pour plus d'information, lire la «[Charte de protection des données personnelles](#)».

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements mentionnés et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :