

## FICHE SANITAIRE JEUNESSE

**NOM ET PRÉNOM DU JEUNE :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** ..... **TÉL PORTABLE :** .....

**ADRESSE :** .....

.....

**NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE :** .....

**SITUATION FAMILIALE :** Concubinage – Pacsée – Mariée – Célibataire – Séparée – Veuve - Divorcée

**ADRESSE (si différente du jeune) :** .....

.....

**TÉL PORTABLE :** ..... **TÉL PROFESSIONNEL :** .....

**E-MAIL :** .....

**N° ALLOCATAIRE CAF OU MSA :** .....

**NOM ET PRÉNOM DU PÈRE :** .....

**SITUATION FAMILIALE :** Concubinage – Pacsée – Mariée – Célibataire – Séparée – Veuve - Divorcée

**ADRESSE (si différente du jeune) :** .....

.....

**TÉL PORTABLE :** ..... **TÉL PROFESSIONNEL :** .....

**E-MAIL :** .....

**N° ALLOCATAIRE CAF OU MSA :** .....

Mon enfant est autorisé à quitter seul le point jeunes : Oui  Non

Si non, accompagné(e) de :

| Nom-Prénom | Lien de parenté | Téléphone |
|------------|-----------------|-----------|
|            |                 |           |
|            |                 |           |

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES DERNIERS RAPPELS |
|---------------------------|-----|-----|---------------------------|---------------------|------------------------|
| DTCoqPolio                |     |     |                           | Coqueluche          |                        |
|                           |     |     |                           | Haemophilus         |                        |
|                           |     |     |                           | R.O.R               |                        |
|                           |     |     |                           | Hépatite B          |                        |
|                           |     |     |                           | Pneumocoque         |                        |
|                           |     |     |                           | BCG                 |                        |
|                           |     |     |                           | Autres (préciser)   |                        |

Votre 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 de l'enfant). Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance.

Votre enfant a-t-il des allergies ? Alimentaires : Oui  Non   
Médicamenteuses : Oui  Non   
Autres : Oui  Non

Si oui, joindre un certificat médical d'un allergologue ainsi que le P.A.I de l'enfant.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser :

.....  
.....

### Déclaration du responsable légal :

Je soussigné(e), Nom-Prénom : .....

- \* Autorise la ville de Saint-Maurice l'Exil à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales, transfusions sanguines, ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- \* M'engage à payer les frais d'hospitalisation et autres incombant à la famille.
- \* Autorise la Mairie à utiliser les photos et les vidéos prises lors des activités pour ses supports d'information municipaux ou autorisés par le Maire (journaux...).
- \* Autorise la Mairie à vérifier l'exactitude des données transmises par la CAF.
- \* Autorise la structure à saisir mes informations personnelles.

Les informations recueillies sur le formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le service enfance jeunesse pour permettre la gestion des inscriptions. La base légale du traitement est la mission de service public. Les données collectées seront communiquées au seul destinataire suivant : service enfance jeunesse. Les données sont conservées pendant une durée de 1 an pour la gestion du fichier client et 10 ans pour la gestion de la facturation. 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 retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données. Consultez le site [cnil.fr](http://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, notre délégué à la protection des données : [contact.dpd@entre-bievreethone.fr](mailto:contact.dpd@entre-bievreethone.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.

Saint-Maurice-l'Exil, le .....**SIGNATURE (précédée de la mention «Lu et approuvé»)**