

NOM : **Prénom** : **Sexe**.....

Date de naissance :/...../..... **Tel parents** :/.....

1. VACCINATIONS

Joindre la photocopie NOMINATIVE du carnet de santé à la page des vaccinations ; à défaut, un certificat médical attestant que votre enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2. MALADIES *Votre enfant a-t-il déjà contracté les maladies suivantes ?*

Rubéole	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Varicelle	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Oreillons	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Scarlatine	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Otite	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Angine	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Groupe et Rhésus sanguin :

3. ALLERGIES

Alimentaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Asthme	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Autres	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

4. DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Mise en place d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) : OUI NON

Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc...

Préciser les dates et les précautions à prendre ou autre contre-indication médicale

.....

.....

.....

L'enfant suit-il un traitement médical ? Si oui, lequel ?

.....

.....

Recommandation des parents : Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc... (Précisez)]

.....

.....

5. MEDECIN TRAITANT (NOM, Adresse, Téléphone)

.....
.....

6. RÉGIME ALIMENTAIRE

sans porc
végétarien
Autre régime

7. AUTORISATION D'HOSPITALISATION ET D'INTERVENTION MEDICALE :

Je soussigné(e) M. ou Mme..... autorise oui non
l'animateur en charge de mon enfant à l'emmener, si son état de santé le nécessite, chez le médecin
ou à l'hôpital et à le récupérer à l'issue des soins. N° sécu sociale :

8 . EXACTITUDE ET MODIFICATIONS

Je soussigné(e) M. ou Mme

atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir l'administration municipale de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale...),

Date : Signatures des représentants légaux

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous pouvez exercer vos droits par courriel à dpo@agglohm.net. Merci de joindre la copie d'une pièce d'identité.

*Service Enfance /Jeunesse, Commune de LEZIGNAN-LA-CEBE
Rue de la Mairie, 34120 LEZIGNAN LA CEBE
Tel : 04 67 98 99 98 Port : 07 89 08 83 78
Mail : periscolaire@lezniganlacebe.fr
N° DDCS organisateur : 034ORG0435*