

ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

CLASSE :

E L E V E

NOM : _____ Prénom : _____ Garçon Fille
 Date de naissance : ___/___/20___ Lieu de naissance : _____ Département : _____
 Adresse : _____
 CP : _____ Commune : _____

REPRESENTANT LEGAL 1

La facture sera adressée par défaut au responsable légal 1

Monsieur Madame (NOM et Prénom) : _____

Autorité parentale : OUI NON

Adresse (si différente de l'élève) : _____

CP : _____ Commune : _____

Tél : ___/___/___/___/___ Portable : ___/___/___/___/___ Tél pro : ___/___/___/___/___

Courriel : _____ @ _____

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** OUI NON

PAI (dossier établi) : obligatoire en cas d'allergies OUI NON

Aucun médicament ne pourra être donné sans PAI.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	AUTRES (précisez)
Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	



ALLERGIES

ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

RECOMMANDATIONS UTILES DES REPRESENTANTS LEGAUX

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

MEDECIN TRAITANT

NOM - PRENOM ET TELEPHONE (FACULTATIF) : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur de l'école et/ou le responsable de site à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) vise à remplacer la directive européenne de 1995 sur la protection des données à caractère personnel (95/46/CE), par une législation unique, afin de mettre fin à la fragmentation juridique actuelle entre les Etats membres.

Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier informatisé par le SEEJ pour le logiciel CONCERTO. Ces données sont conservées pendant la durée de validité de la scolarité de l'enfant au SEEJ puis transmises au directeur de l'école de votre enfant. Elles sont essentielles et font le lien avec les secours en cas d'accident.

Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier auprès du SEEJ.

A _____ le _____

Signature(s)

SEEJ SIVOM • ÉDUCATION • ENFANCE • JEUNESSE
8, avenue de la Stèle – Bretteville l'Orgueilleuse
14740 Thue-et-Mue

Téléphone : 02 31 26 84 76 • Fax : 02 31 26 23 06
E-mail : accueil@seej.fr
www.seej.fr

CAIRON • LE FRESNE-CAMILLY • ROSEL • SAINT-MANVIEU-NORREY • THUE-ET-MUE