



FICHE SANITAIRE

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant le mineur participant au dispositif « Argent de poche ».

Nom : Prénom :
.....

Date de naissance :/...../.....

Médecin traitant : N° de téléphone :
.....

VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

- Le mineur est à jour de ses vaccinations, et notamment celle contre le TÉTANOS.
- Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication
- Joindre une copie du carnet de vaccination

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

A-t-il un traitement médicamenteux ? oui (si oui, joindre une ordonnance) non

A-t-il des allergies ? oui non

A-t-il des allergies médicamenteuses ? oui non

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Présente-t-il un problème de santé ? oui (si oui, précisez) non

RECOMMANDATIONS UTILES

Port de lunettes, de lentilles, etc. :
.....

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom : Lien avec le
mineur :

N° portable : N° travail :

Nom : Prénom : Lien avec le
mineur :

N° portable : N° travail :

Je soussigné(e), responsable légal(e) du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise la commune de Huelgoat à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

Vos données sont collectées pour assurer le suivi sanitaire de votre enfant. Elles sont conservées un an par la mairie de Huelgoat en sa qualité de responsable de traitement. Seul le service jeunesse y a accès. Vous disposez de droits sur vos données que vous pouvez exercer auprès du service concerné ou du délégué à la protection des données de la mairie. Pour connaître vos droits et les modalités, veuillez consulter la notice d'information affichée à l'accueil de la mairie.