



**ACCUEIL DE LOISIRS DE SAINT ZACHARIE
ANNEE 2025
Fiche individuelle et confidentielle,
de renseignements sanitaires**



Renseignements sanitaires concernant l'enfant :

NOM : **PRENOM** : Age : Sexe : M F Date de naissance :

Ecole : Classe :

Nom prénom du père : N° de téléphone.....

Nom prénom de la mère : N° de téléphone.....

NUMERO DE SECURITE SOCIALE de l'enfant :	
Complémentaire santé (mutuelle) :	

VACCINATIONS

J'atteste que mon enfant satisfait aux obligations de vaccination **et joins la copie du carnet de vaccination**

Pour les mineurs accueillis, seuls sont obligatoires (sauf contre-indication médicale reconnue), les vaccins suivants :
Antidiphthérique, antitétanique, antipoliomyélitique. Le BCG n'est quant à lui plus obligatoire depuis 2017.
Important : La loi a rendu obligatoire 11 vaccins pour les enfants nés après le 01/01/2018 :
Coqueluche, hépatite B, rougeole, oreillons, bactérie Haemophilus influenzae, pneumocoque, méningocoque.
La loi n'étant pas rétroactive, elle ne concerne les enfants nés avant cette date.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'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 et prénom de l'enfant avec la notice)

ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris ou donné sans ordonnance

MALADIES								
	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Scarlatine			Rubéole			Rhumatismes		
Varicelle			Oreillons			Angine		
Coqueluche			Rougeole			Otite		

ALLERGIES								
	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Asthme			Médicaments			Un P.A.I. a-t-il été mis en place pour sa scolarité (si oui : fournir une copie)		
Alimentaires			Autres					

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

Priorité	NOM/PRENOM	TELEPHONE(S)	LIEN AVEC L'ENFANT
1			
2			
3			

Spécifier les **antécédents médicaux** ou **chirurgicaux** ou **tout autre élément d'ordre médical** considérés par les parents comme **susceptibles d'avoir des répercussions** sur le déroulement de l'accueil de loisirs :

.....

.....
.....
Votre enfant a-t-il des besoins spécifiques, des troubles ou une situation de handicap à prendre en considération ?

.....
Un **dossier MDPH** est-il mis en place ? oui non en cours

Votre enfant bénéficie d'un suivi particulier par un organisme spécialisé ? Si c'est le cas, pourriez-vous nous indiquer lequel ? :

Les **difficultés de sante de votre enfant** (accident, crises convulsives, rééducation,) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....
.....
RECOMMANDATIONS UTILES (port de lunettes, prothèses auditives, dentaires, ...) :

Traitement des données personnelles

Les informations recueillies dans ce dossier font l'objet d'un traitement informatique destiné à faciliter les échanges entre les familles inscrites au service, l'Odel et la Mairie ainsi qu'à la facturation du service. Les destinataires des données sont l'Odel et les services Enfance et Affaires Scolaires de la commune.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et au règlement général sur la protection des données (UE N° 2016/679), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant à : ODEL, Service ADL 9 rue Truguet, 83 000 Toulon ou par mail : adl@odelvar.com

L'ODEL, responsable du traitement, est représenté par son Directeur Général Mr Marc Lauriol.

La plupart des données de votre compte et les données liées à vos inscriptions sont conservées en bases opérationnelles pendant la durée nécessaire à la relation avec l'ODEL. Vos données seront ensuite archivées avec un accès restreint pour une durée supplémentaire en lien avec les durées de prescription et de conservation légale pour des raisons strictement limitées et autorisées par la loi. Passé ce délai, elles seront supprimées.

DOCUMENTS A FOURNIR

	La présente fiche sanitaire renseignée, datée et signée		Dossier MDPH
	PAI (Protocole d'accueil individualisé)		Copie du carnet de vaccination
	L'ordonnance de traitement le cas échéant		OU Certificat médical rempli par le médecin traitant

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

Date :

Signature du responsable 1 :

Signature du responsable 2 :