

Fiche sanitaire

Nom et Prénom

Date de naissance : âge : ...

Clause - traitement et protection des données personnelles

Dans le cadre de son activité, la MASC est amenée à collecter, utiliser et traiter différentes données personnelles. Les informations recueillies sont enregistrées dans des fichiers informatisés ou non, tenues par la MASC en lien avec ces finalités. Elles sont conservées pendant une période de 10 ans.

Merci de fournir une copie des vaccins de votre enfant.

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, merci de 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

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marqués le nom de l'enfant avec la notice).

Attention : Aucun médicaments ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole oui non Varicelle oui non Angine oui non Rhumatisme - Articulaire Aiguë oui non

Scarlatine oui non Coqueluche oui non Otite oui non Rougeole oui non Oreillons oui non

Allergies : Asthme oui non Médicamenteuse : oui non
Alimentaire oui non Autres.....

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

.....
.....

Recommandations utiles des parents :



Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...
Précisez.....

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier,
Précisez

Les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre.....

Votre enfant présente-t-il un handicap ou trouble reconnu ou non reconnu ?

merci de fournir les documents pouvant être utile, la notification MDPH par exemple

Je soussigné,

...../

responsable légal du jeune, déclare sur l'honneur, exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'action à prendre, le cas échéant, toutes mesures traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale..., rendues nécessaires pour l'enfant.

Date :

Signature "Lu et approuvé"

Directrice RABY Cloé
cloe.raby@lamasc.fr