CENTRE OXYGÈNE

Année 20……

FICHE SANITAIRE

CADRE RÉSERVÉ AU CENTRE OXYGÈNE

Adresse du centre Oxygène.....
.....

Adresse de l'école fréquentée durant l'année scolaire.....
.....
.....

Cadre à remplir par la personne qui inscrit l'enfant

ENFANT

NOM DE L'ENFANT……..……..
(en lettres majuscules)
Prénom……..……..……..
(en lettres majuscules)
Date de naissance ……/……/……. (JJ/MM/AA) Sexe M ☐ F ☐
Lieu de naissance …….
Département ou code postal |_|_|_|_|_|

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT - Recommandations des parents

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI ☐ NON ☐

Existe-t-il un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) ? OUI ☐ NON ☐
Si OUI, joindre P.A.I. et /ou **ordonnance correspondante**, médicament(s) et notice(s) d'utilisation dans leur **emballage marqué au nom de l'enfant.**

Allergies : Asthme OUI ☐ NON ☐ Médicamenteuses OUI ☐ NON ☐
Alimentaires OUI ☐ NON ☐ Autres OUI ☐ NON ☐

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)
.....
.....
Autres recommandations.....
.....

Autorisez-vous votre enfant à participer à toutes les activités pratiquées dans le cadre du Centre OXYGENE (activités sportives)
OUI ☐ NON ☐ **Si NON, veuillez indiquer les restrictions ci-dessous :**
.....
.....

Cadre à remplir uniquement en cas de première inscription informatisée ou de modification(s) par le(s) REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX) DE L'ENFANT

Vous êtes : Le père ☐ La mère ☐ Le tuteur ☐
NOM.....
Prénom.....
Adresse.....
.....
Code postal |_|_|_|_|_| Ville.....
Téléphone : Domicile .....
Mobile.....
Professionnel.....
N° Sécurité Sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

AUTRE REPRÉSENTANT LÉGAL DE L'ENFANT

Vous êtes : Le père ☐ La mère ☐ Le tuteur ☐
NOM.....
Prénom.....
Adresse.....
.....
Code postal |_|_|_|_|_| Ville.....
Téléphone : Domicile .....
Mobile.....
Professionnel.....
N° Sécurité Sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

AUTRE PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT

NOM	Nature du lien avec l'enfant	N° de téléphone (fixe et/ou mobile)

Je soussigné(e), **responsable de l'enfant**, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date Signature

Les informations recueillies ici seront utilisées et conservées par les services municipaux, uniquement pour informer et répondre aux usager·ère·s qui les sollicitent via ce formulaire. En application du Règlement général sur la protection des données (RGPD) vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Pour ce faire, vous pouvez contacter la Mairie de Romainville par mail : dpo@villeromainville.fr. Vous pouvez utiliser ces coordonnées pour toute question ayant trait à vos données personnelles. Vous disposez d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (https://www.cnil.fr.).

CENTRE OXYGÈNE

Année 20……

FICHE SANITAIRE

CADRE RÉSERVÉ AU CENTRE OXYGÈNE

Adresse du centre Oxygène.....

.....

Adresse de l'école fréquentée durant l'année scolaire.....

.....

.....

Cadre à remplir par la personne qui inscrit l'enfant

ENFANT

NOM DE L'ENFANT……..……..

(en lettres majuscules)

Prénom……...……..……...

(en lettres majuscules)

Date de naissance ……/……/……. (JJ/MM/AA) Sexe M☐ F☐

Lieu de naissance …….

Département ou code postal |_|_|_|_|_|

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT - Recommandations des parents

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI ☐ NON ☐

Existe-t-il un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI, joindre P.A.I. et /ou **ordonnance correspondante**, médicament(s) et notice(s) d'utilisation dans leur **emballage marqué au nom de l'enfant.**

Allergies : Asthme OUI ☐ NON ☐ Médicamenteuses OUI ☐ NON ☐

Alimentaires OUI ☐ NON ☐ Autres OUI ☐ NON ☐

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....

.....

Autres recommandations.....

.....

Autorisez-vous votre enfant à participer à toutes les activités pratiquées dans le cadre du Centre OXYGENE (activités sportives)

OUI ☐ NON ☐ **Si NON, veuillez indiquer les restrictions ci-dessous :**

.....

.....

Cadre à remplir uniquement en cas de première inscription informatisée ou de modification(s) par le(s) REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX) DE L'ENFANT

Vous êtes : Le père ☐ La mère ☐ Le tuteur ☐

NOM.....

Prénom.....

Adresse.....

.....

Code postal |_|_|_|_|_| Ville.....

Téléphone : Domicile .....

Mobile.....

Professionnel.....

N° Sécurité Sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

AUTRE REPRÉSENTANT LÉGAL DE L'ENFANT

Vous êtes : Le père ☐ La mère ☐ Le tuteur ☐

NOM.....

Prénom.....

Adresse.....

.....

Code postal |_|_|_|_|_| Ville.....

Téléphone : Domicile .....

Mobile.....

Professionnel.....

N° Sécurité Sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

AUTRE PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT

NOM	Nature du lien avec l'enfant	N° de téléphone (fixe et/ou mobile)

Je soussigné(e), **responsable de l'enfant**, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date Signature

Les informations recueillies ici seront utilisées et conservées par les services municipaux, uniquement pour informer et répondre aux usager·ère·s qui les sollicitent via ce formulaire. En application du Règlement général sur la protection des données (RGPD) vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Pour ce faire, vous pouvez contacter la Mairie de Romainville par mail : dpo@villeromainville.fr. Vous pouvez utiliser ces coordonnées pour toute question ayant trait à vos données personnelles. Vous disposez d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (https://www.cnil.fr.).