



# 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](mailto: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 OXYGÈNE (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)

Le 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](mailto: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>).*