ACCUEIL DE LOISIRS D'EVENOS
ANNEE 2025-2026
Fiche individuelle et confidentielle,
de renseignements sanitaires

Renseignements sanitaires concernant l'enfant :

A RENDRE SOUS ENVELOPPE CACHETEE

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

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

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

VACCINATIONS

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

OU

ATTESTATION MEDICALE A REMPLIR PAR LE MEDECIN
(uniquement si vous n'avez pas joint la copie des vaccins)

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné ..... il ou elle a satisfait aux obligations fixées par la législation relative aux vaccinations (cf loi du 01.01.2018).

Observations éventuelles : .....

Cachet ou Nom, adresse du Médecin
Date et signature :

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					

Conduite à tenir : .....

EN FONCTION DES ACTIVITES DEPLOYEES : un certificat médical de non contre-indication vous sera demandé uniquement pour les activités physiques et sportives suivantes : Plongée subaquatique (dont PMT), sports aériens et vol libre.

SPECIFIER LES ANTECEDENTS MEDICAUX OU CHIRURGICAUX OU TOUT AUTRE ELEMENT D'ORDRE MEDICAL CONSIDERE PAR LES PARENTS COMME SUSCEPTIBLES D'AVOIR DES REPERCUSSIONS SUR LE DEROULEMENT DU SEJOUR :

……

……

……

LES **DIFFICULTES DE SANTE DE VOTRE ENFANT** (ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, REEDUCATION,…) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE** :

……

……

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

……

……

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (par ordre d'appel) :

Nom	Prénom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant

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 d'Antrechaus, 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.

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 :