Commune de Notre-Dame de Bellecombe

FICHE SANITAIRE
année scolaire 2025 – 2026

joindre obligatoirement la copie des pages vaccinations du carnet de santé

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux pouvant être utiles pour l'accueil de votre enfant

Enfant
NOM : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____/_____/_____ Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Adresse : _____

Informations sanitaires		
Vaccins	**Nom**	**Date du dernier rappel**
Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite (DTP)		
Coqueluche (souvent combiné avec le DTP)		
Haemophilus Influenzae de type b (HIB)		
Hépatite B		
Pneumocoque		
Méningocoque de sérogroupe C		
Rougeole – Oreillons – Rubéole		

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

	Rubéole	Coqueluche	Varicelle	Otites	Angines	Rougeole	Scarlatine	Oreillons	Rhumatisme
OUI									
NON									

L'enfant est-il sujet à des allergies ? Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Alimentaires ❑ oui ❑ non Médicamenteuses ❑ oui ❑ non

Asthme ❑ oui ❑ non Autres : _____

L'enfant suit-il un traitement médical ? ❑ non ❑ oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

L'enfant a-t-il rencontré des difficultés de santé (maladie, accidents, convulsions, opérations, rééducations) ? ❑ non ❑ oui, précisez : _____

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

Recommandations utiles des parents (port de lunettes, de lentille, de prothèses auditives ou dentaires, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne) : _____

_____

NOM, Prénom et téléphone d'une personne autorisée à être contactée et à récupérer l'enfant en cas d'urgence si vous n'êtes pas joignables : _____

Je/Nous soussigné(e)/soussignés _____, responsable(s) légal/légaux de l'enfant, déclare/déclarons exacts les renseignements portés sur ce formulaire et m'engage/nous engageons à les réactualiser si nécessaire. J'autorise/Nous autorisons le personnel communal à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de l'enfant.

Notre-Dame de Bellecombe, le ____/____/_____. Signature(s) précédée(s) de la mention « lu et approuvé - bon pour accord » du responsable légal/des responsables légaux :

Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement par la commune pour la gestion du service de restauration scolaire. La base légale de traitement est le consentement. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : les agents de la commune en charge du service scolaire. Les données seront conservées pendant la durée de l'année scolaire en cours. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les résilier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.
Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter la commune :
- Par voie électronique à l'adresse : accueilmairie@notredamedebellecombe.fr ;
- Par voie postale à l'adresse suivante : 285 rue de Savoie 73590 Notre-Dame de Bellecombe.
Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatiques et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.