ÎLE D'OLÉRON
COMMUNAUTÉ
DE COMMUNES

Maj du 24/02/2026
VISA RGPD

FICHE SANITAIRE

Annexe du dossier famille Accueil de Loisirs et séjours

Les informations recueillies sur la fiche sanitaire sont enregistrées par la communauté de communes de l'île d'Oléron afin d'assurer l'exécution de la mission d'intérêt public dans le domaine de l'Enfance Jeunesse.
Cette fiche est destinée à recueillir les informations médicales nécessaires afin de garantir la sécurité, la santé et la prise en charge adaptée de l'enfant durant son accueil en centre de loisirs ainsi que lors des séjours organisés par la communauté de communes de l'île d'Oléron. Ces informations sont conservées pendant 5 ans.

Conformément à la loi « informatique et libertés », et au Règlement général sur la protection des données (RGPD) vous avez un droit d'accès et de rectification des données vous concernant ainsi qu'un droit à la limitation du traitement. Vous pouvez exercer vos droits auprès de notre collectivité en nous contactant par mail à l'adresse accueil@cdc-oleron.fr ou par courrier : 59 Route des Allées, CS 70085, 17310 Saint-Pierre d'Oléron.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL (cnil.fr). Pour en savoir plus, consultez notre politique générale de protection des données sur notre site web : www.cdc-oleron.com.

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : ___/ ___/ ___

Poids de l'enfant :…… Taille de l'enfant :…… Pointure :……..

1 . RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- Nom et prénom du médecin traitant : .....
  Adresse : .....
- Téléphone : .....
- **Vaccination :**
  Merci de fournir **OBLIGATOIREMENT** la photocopie du carnet de vaccinations de votre enfant ou un certificat médical de contre-indication, si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires.
- **Maladies : L'enfant a t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

Rubéole	Coqueluche	Varicelle	Rougeole	Scarlatine	Oreillon
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

- **Traitement médical :**

  Votre enfant suit-il un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non

  Si OUI joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice.
  Aucun traitement ne pourra être pris sans ordonnance

  Vos remarques, si vous le souhaitez :
  .....

  .....

- **Allergies :**

Asthme	Allergies médicamenteuses	Allergies aux animaux et insectes	Allergies alimentaires
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non Précisez : …..... ….....	☐ Oui ☐ Non Précisez : …..... ….....	☐ Oui ☐ Non Précisez : …..... …..... .....
☐ Autres : Précisez : ….....			

L'enfant fait-il l'objet d'un **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, fournir le document PAI certifié par le médecin.

- **Votre enfant porte-t-il :**

Des lunettes / lentilles	Des prothèses auditives	Un appareil dentaire
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Si OUI, prévoir un étui au nom de l'enfant.

DECLARATION DU (DES) RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Je soussigné(e)…..... Responsable légal(e), titulaire de l'autorité parentale de l'enfant : Nom :….....Prénom :..... Téléphone : ☐ Déclare exacts les renseignements portés au présent document et autorise le responsable de la structure ou du séjour, le cas échéant, à prendre toutes les mesures nécessaires pour l'état de santé de mon enfant : traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale. ☐ Déclare avoir été informé(e) de la collecte et du traitement de mes données personnelles par la Communauté de Communes de l'île d'Oléron Fait à …..... , le : ….....	Je soussigné(e)…..... Responsable légal(e), titulaire de l'autorité parentale de l'enfant : Nom :….....Prénom :..... Téléphone : ☐ Déclare exacts les renseignements portés au présent document et autorise le responsable de la structure ou du séjour, le cas échéant, à prendre toutes les mesures nécessaires pour l'état de santé de mon enfant : traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale. ☐ Déclare avoir été informé(e) de la collecte et du traitement de mes données personnelles par la Communauté de Communes de l'île d'Oléron Fait à …..... , le : ….....
(Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)	(Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)