

### 1 - ENFANT

Nom

Prénom

Né(e) le

GARÇON

FILLE

### 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids:            kg            Taille:            cm (Ces informations sont nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un **traitement médical** ?            Non            Oui            Si oui remplir la demande de PAI [Cliquer ici pour télécharger le document](#)

**ALLERGIES:** ALIMENTAIRES:            Non            Oui            Si oui remplir la demande de PAI [Cliquer ici pour télécharger le document](#)

MÉDICAMENTEUSES :            Non            Oui            Si oui remplir la demande de PAI [Cliquer ici pour télécharger le document](#)

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :            Non            Oui            Si oui remplir la demande de PAI [Cliquer ici pour télécharger le document](#)

**INDIQUEZ CI-APRÈS:** LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION)  
EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

### 4 - RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

---

Qualité du responsable

Nom

Prénom

Adresse

CP

Ville

Tél Fixe

Tél Portable

Tél Bureau

Mail

Qualité du responsable

Nom

Prénom

Adresse

CP

Ville

Tél Fixe

Tél Portable

Tél Bureau

Mail

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

---

Complété à

le

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

**J'ai vérifié et je valide les données saisies avant de soumettre le formulaire définitivement**

*Remarque: Lorsqu'il est validé le document n'est plus modifiable. Pour effectuer des modifications vous devez dévalider en décochant cette case, effectuez vos modifications et validez de nouveau le document.*

---

La ville de LENS, représentée par Monsieur Sylvain Robert, maire, collecte des données personnelles vous concernant dans le cadre de l'inscription aux activités périscolaires. Ces données sont collectées dans le cadre d'une mission de service public et accessibles uniquement par les agents du service en charge de l'organisation de cette activité. Elles sont conservées tant que la personne poursuit cette activité et archivées ensuite.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Générale sur la Protection des Données, vous bénéficiez des droits d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de vos données.

Pour exercer vos droits, contactez-nous en nous adressant un courrier postal à Monsieur le Maire, Hôtel de Ville, 17 bis place Jean Jaurès, 62300 LENS ou en ligne via la plateforme dédiée sur le site de la ville <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/lens>