



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....  
ADRESSE .....  
.....  
.....  
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour et/ou de l'espace-jeunes à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'accepte que les données concernant le(la) mineur(e) désigné(e) ci-dessus soient enregistrées par le service Famille de Clisson Sèvre et Maine Agglo conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles. Les données personnelles sont demandées dans le cadre des activités proposées par le service Famille de Clisson Sèvre et Maine Agglo (espaces-jeunes) et enregistrées conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles. En cas de refus, l'inscription, concernant le le(la) mineur(e) désigné(e), ne pourra être prise en compte. Elles ne sont diffusées à aucun autre service ou organisme qu'il soit public ou privé, à l'exception du Délégué à la protection des données de Clisson Sèvre et Maine Agglo et peuvent être consultées en cas besoin par l'ensemble des services de l'état en lien avec la protection des mineurs (CAF/DDRJSCS/gendarmerie), et fournit aux services médicaux en cas d'accident.*

Date : Signature :