académie paulyphonie · 2027

fiche sanitaire

obligatoire pour tout mineur · facultative pour un majeur qui souhaite signaler une allergie ou une précaution

Document confidentiel. Il contient des données de santé. Il est lu uniquement par la direction de l'académie et la personne chargée de la santé, et ne sert qu'à soigner et protéger l'élève pendant la session. Il est détruit au plus tard le **31 août 2027**, sauf incident ayant nécessité des soins (conservation le temps nécessaire). Ne donnez que les informations utiles : **n'indiquez ni numéro de sécurité sociale ni copie de pièce d'identité** (à présenter à l'arrivée si besoin).

1 · l'élève

nom | prénom | date de naissance (jj/mm/aaaa)

2 · le représentant légal (ou, pour un majeur, la personne à prévenir)

nom et prénom | lien (mère, père, tuteur, autre) | téléphone portable

autre téléphone | e-mail

3 · vaccinations

Le vaccin **diphtérie-tétanos-poliomyélite (DT-polio)** est obligatoire. Joignez la copie des pages « vaccinations » du carnet de santé, ou un certificat du médecin.

- ☐ Copie des vaccinations jointe.
- ☐ Je ne joins pas de copie (élève majeur, facultatif).

4 · santé de l'élève

Allergies (cochez et précisez la conduite à tenir)

- ☐ alimentaires (régime particulier à respecter)
- ☐ médicamenteuses
- ☐ asthme ou autre allergie respiratoire, piqûres d'insectes, autres

précisions et conduite à tenir

Difficultés de santé

maladies, accidents, crises, hospitalisations, opérations, rééducation en rapport avec la session (dates et précautions à prendre)

Traitement en cours

- ☐ Aucun traitement.
- ☐ Un traitement est suivi pendant la session : les médicaments sont remis à l'arrivée, dans leur emballage d'origine, avec l'ordonnance. **Aucun médicament n'est pris sans ordonnance** (pas d'automédication).

recommandations utiles (lunettes, appareil dentaire ou auditif, port de prothèse, fatigue, anxiété, autre)

médecin traitant : nom

téléphone

5 · consentement et transmission

Le traitement de données de santé demande un **consentement explicite** (règlement UE 2016/679, art. 9, § 2, a). Choisissez comment transmettre ce document.

☐ **J'y consens** : j'autorise l'organisateur à traiter ces informations de santé, aux seules fins de la sécurité et des soins de l'élève pendant la session, et je les lui transmets **par e-mail ordinaire** à paulyphonie@gmail.com, avec le dossier d'inscription.

☐ **Je préfère** remettre cette fiche **en main propre, sous pli fermé, à l'arrivée** ; je n'envoie rien par e-mail.

À savoir. L'e-mail ordinaire n'est pas un canal sécurisé : un message peut être intercepté ou envoyé à une mauvaise adresse. Vous pouvez protéger le fichier par un mot de passe, à communiquer par SMS ou par téléphone (jamais dans le même e-mail), ou choisir la remise en main propre. Refuser l'envoi par e-mail n'a aucune conséquence sur l'inscription. Engagements de l'organisateur : accès limité à la direction et à la personne chargée de la santé ; aucune transmission à des tiers hors urgence ; suppression du message et de la pièce jointe (boîte de réception, messages envoyés, corbeille) et destruction des exemplaires papier au plus tard le 31 août 2027.

6 · signature

Je certifie l'exactitude des renseignements et m'engage à signaler tout changement avant le début de la session. Je peux retirer mon consentement à tout moment en écrivant à paulyphonie@gmail.com.

fait à

le

signature de l'élève majeur ou du représentant légal