

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
DTP				Coqueluche	
				Haemophilus influenzae de type B	
				Hépatite B	
				Infections invasives à pneumocoque	
				Méningocoque	
				Rougeole, oreillons et rubéole	

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

Hopital souhaité en cas d'hospitalisation : _____

Fait à _____, le _____ Signature :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Mairie de Seingbouse pour le traitement de votre demande. Les données collectées seront communiquées aux seuls agents habilités de la mairie responsable du périscolaire. Les données sont conservées pendant une durée de huit ans. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données, vous pouvez vous opposer et retirer votre consentement à tout moment auprès du délégué à la protection des données de la Mairie de Seingbouse. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez adresser un courriel à l'adresse : secretariat@mairie-seingbouse.com .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.