



ATTESTATION MÉDICALE (Validité : 1 an)

NOM:	PRÉNOM	:
POIDS:	TAILLE	2:
PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN		
Diagnostic médical, pathologie :		
Manifestations, symptômes :		
Traitement médical : Fournir une ordonnance datant de moins d'un an pour tout traitement médicamenteux.		
☐ Traitement régulier ☐ Traitement ponctuel		
Protocole à suivre en cas d'urgence :		
Est apte à la vie en collectivité : OUI NON		
	Cachet et Signature	
Date :	du Médecin	
PARTIE À REMPLIR PAR LES RESPONSABLES LÉGAUX		
Je soussigné(e) collectif de Mineur, à délivrer les n	nédicaments mentionnés dan	autorise l'équipe pédagogique de l'Accueil s l'ordonnance ci-jointe à mon enfant en cas
de nécessité.	reareaments mentionnes dan	s totalonnance et jonne a mon enjant en eus
		chier informatisé, pour favoriser son accueil et sa sécurité sanitaire lors de son séjour en centre de fidentialité et leur sécurité, de manière à empêcher leur corruption, effacement ou accès par des
tiers non autorisés. Elles sont conservées en base active le temps de la prise en charge de votre enfant, puis 5 ans en base intermédiaire. Vos données ne font l'objet d'aucune cession à des tiers et sont conservées dans des conditions aptes à assurer leur confidentialité et leur sécurité Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre déléguée à la protection des données (DPO), à cette adresse : dpo@la-seyne.fr		
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. »		
	Signature des	
Date:	représentants légaux	