**Questionnaire de santé à remplir par le.la.les représentant.e.s légal.e.aux de l’élève**

J’accepte que les données de santé de : … … soient utilisées dans le cadre de l’appariement (choix du correspondant) et soient communiquées à la famille qui reçoit l’enfant. Les formulaires et données de santé seront détruits après la mobilité, au plus tard dans un délai d’un mois suivant la mobilité, à la fois dans les services de la DRAREIC et dans les familles. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, demander leur effacement, leur rectification, ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, ou pour exercer vos droits, vous pouvez contacter le service de la Direction Régionale Académique des Relations Européennes, Internationales et à la Coopération : ce.drareic@region-academique-paca.fr, ou notre délégué à la protection des données : dpd@ac-aix-marseille.fr ou dpd@ac-nice.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 ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

 Je n’accepte pas que les données de santé de : … … soient utilisées dans le cadre de l’appariement (choix du correspondant) et soient communiquées à la famille qui reçoit l’enfant. Dans ce cas, le dossier de candidature au jumelage ne pourra pas être traité.

Ce questionnaire de santé doit être remis au professeur-référent de l’élève engagé dans la candidature au programme d’échange avec la Styrie sous pli cacheté avec mention du nom et prénom. Le professeur référent transmet par voie postale ce document à la DRAREIC : 53 avenue Cap de Croix 06181 Nice Cédex 2.

En tant que représentant.e.s légal.e.s de : …………………… ………………………., j’accepte que les données de santé de mon enfant soient utilisées dans le cadre de la recherche d’un.e correspondant.e et soient communiquées à la famille qui reçoit mon l'enfant.

Cocher la case : Oui Non 

**Noms des représentant.e.s légaux :**

**1 : ………………………………………………. 2 : ………………………………………………**

 Coordonnées des représentants légaux

Téléphone portable :

1 : ……………………………………………….  2 : ………………………………………………

Téléphone domicile :

1 : ………………………………………………. 2 : ………………………………………………

Téléphone professionnel :

1 : ……………………………………………… 2 : ………………………………………………

Adresse courriel :

1 : ………………………………………………. 2 : ………………………………………………

Âge de votre enfant au moment de l’échange : …………………

Taille : ………………  Poids : ………………………

Régime alimentaire**:** à préciser**: ………………………………………………………………….**

Autre observation**: …………………………………………………………………………………..**

**Questionnaire :** Merci de cocher oui ou non puis d’apporter des précisions si elles sont nécessaires.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Problème/Maladie | Oui | Non | Précisions |
| Problèmes respiratoires |  |  |  |
| Allergies (à préciser) |  |  |  |
| Diabète |  |  |  |
| Epilepsie |  |  |  |
| Problèmes cardiaques |  |  |  |
| Hypertension |  |  |  |
| Hypotension |  |  |  |
| Interventions chirurgicales |  |  |  |
| Phobies (préciser lesquelles)  |  |  |  |
| Autres maladies chroniques, handicaps physiques ou psychiques (préciser)  |  |  |  |
| Médicaments indispensables (préciser lesquels) |  |  |  |
| Allergies à certains médicaments (préciser lesquels) |  |  |  |
| Autres précisions le cas échéant |  |  |  |

**Vaccinations :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vaccin | Oui  | Non  |
| Rougeole |  |  |
| Oreillons |  |  |
| Rubéole |  |  |
| Varicelle |  |  |
| Tétanos |  |  |
| Diphtérie |  |  |
| Polio |  |  |
| Coqueluche |  |  |
| Méningite |  |  |
| Hépatites  |  |  |
| Covid |  |  |

Dernier rappel du vaccin contre le tétanos : ………………………………

Autres informations sur les vaccins que vous souhaitez communiquer………………….

……………………………………………………………………………………………………

 *Les informations de ce formulaire sont à destination du rectorat de l’académie de Nice pour procéder à l’appariement entre élèves. La base légale de ce traitement est fondée sur le consentement. Les données collectées feront l’objet d’un traitement informatique et seront consultées par les personnels de la Direction régionale académique aux relations européennes et internationales et à la coopération. Les données collectées seront détruites, un mois après la fin de l’échange. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, demander leur effacement, les rectifier, ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le service : ce.drareic@region-académique-paca.fr, ou notre délégué à la protection des données :* dpd@ac-nice.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 (*[*www.cnil.fr*](http://www.cnil.fr)*) "*

**Lieu date et Signature du/des responsable(s) légal (aux)**

**1 : Lieu : ……………………… 2 : Lieu : ………………………**

**1 : Date : ……………………… 2 : Date : ……………………….**

**1 : Signature : ……………… 2 : Signature : …………………**