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

* *« J’accepte que…*
* *« Je n’accepte pas que…*

*les données de santé de mon enfant [Nom, Prénom] …………………..… ……………………. soient utilisées dans le cadre de l’appariement (choix du.de la correspondant.e) 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 l’échange, à la fois dans les services de la Direction Académique aux Relations Européennes, Internationales et à la Coopération et dans les familles. Les participant.e.s et représentant.e.s légal.e.aux s’engagent à remplir le questionnaire de santé dans son intégralité et avec véracité, à ne dissimuler sciemment aucune information concernant les maladies, les restrictions, les habitudes alimentaires ou les thérapies en cours ou antérieures. Le.la.les représentant.e.s légal.e.aux acceptent l’entière responsabilité des problèmes de santé qui pourraient survenir du fait de ne pas avoir rempli correctement le formulaire santé. Une dissimulation peut entraîner l’arrêt du programme. »*

*« En tant que représentant.e(s) légal.e(aux) de : …………………… ……………………….,*

* *j’accepte que…*
* *je n’accepte pas 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. »*

**Noms du.de la (des) représentant.e.s légal.e(aux) :**

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

Âge de l’élève au moment de l’échange : …………………

Régime alimentairespécifique ? (le cas échéant, merci de préciser):**……………………… ……………………………………………………………………………………………………………**

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

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

**Santé**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |

**Vaccination :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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**………………….**

**……………………………………………………………………………………………………**

* *« J’autorise la DAREIC à utiliser les données personnelles relatives à mon enfant contenues dans les formulaires qui surviennent au cours du traitement de l’échange d’étudiants. Ces traitements sont réalisés sur la base du consentement. Conformément à loi informatique et libertés et au règlement UE 2016/679 dit RGPD, vous avez un droit d’effacement, de rectification et de consultation de vos données, pour l’exercer vous pouvez contacter la DAREIC :* [*ce.dareic@ac-limoges.fr*](mailto:ce.dareic@ac-limoges.fr)

**Représentant.e légal.e 1 : lieu, date et signature :………………………………………………**

**Représentant.e légal.e 2 : lieu, date et signature : ………………………………………………**