

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

Merci d'avance de rédiger les réponses en français ou en anglais et de remplir le questionnaire en français ou en anglais ! La version en finnois est donnée seulement pour information.

Une fois rempli, ce questionnaire de santé doit être remis, **sous pli cacheté avec le nom de l'élève sur l'enveloppe**, au professeur référent de l'élève engagé dans la candidature au programme « MistralBoréal » (programme de mobilité avec réciprocité).

Puis, le professeur référent doit transmettre ce questionnaire **toujours sous pli cacheté** à :

Institut français de Finlande – Yrjonkatu, 36 – 00100 HELSINKI

- « 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 à l'Institut français de Finlande 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 : anne-laure.rigeade@france.fi. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits, concernant la protection des données, ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation au Bureau de la protection des données : [Organisations - Data Protection Ombudsman's Office \(tietosuoja.fi\)](http://Organisations - Data Protection Ombudsman's Office (tietosuoja.fi))

« 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 alimentaire spécifique ? (le cas échéant, merci de préciser en français ou en anglais):.....

Autre observation (en français ou en anglais) :
.....

Questionnaire : Merci de cocher oui ou non puis d'apporter des précisions (en français ou en anglais) si elles sont nécessaires.

Santé

Problème/Maladie	Oui	Non	Précisions (en français ou en anglais)
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 (en français ou en anglais).....

.....

- « J'autorise l'Institut français de Finlande à utiliser les données personnelles relatives à mon enfant contenues dans les formulaires qui surviennent au cours du traitement de l'échange des élèves. Ces traitements sont réalisés sur la base du consentement. Conformément à la loi sur la protection des données, vous avez un droit d'effacement, de rectification et de consultation de vos données, pour l'exercer vous pouvez contacter l'Institut français de Finlande : anne-laure.rigeade@france.fi

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

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