

## Mise en œuvre de la RGPD à l'ISETA relative aux données de santé

Les données de santé figurant sur le document ci-après sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.

Elles sont susceptibles d'être transmises :

- au service médical de l'établissement,
- aux services médicaux d'urgence,
- en tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,
- et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et para-médicaux, ...)

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie.

Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

A ....., le .....

Signature du responsable légal ou de l'étudiant(e) si majeur

## FICHE MÉDICALE

**Pour information, l'établissement n'est pas autorisé à délivrer un médicament quel qu'il soit**

Je soussigné,

Nom et Prénom : .....

étudiant à l'ISETA, autorise l'établissement à faire pratiquer tous les soins ou interventions chirurgicales nécessaires en cas de maladie ou accident.

Fait à : .....

Signature du responsable ou de l'étudiant(e) si majeur(e)

L'Etablissement s'engage à contacter le plus rapidement possible la famille. Cette autorisation est étendue aux périodes de stage obligatoire

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Docteur en Médecine, certifie avoir examiné Mme, M. ....  
 et déclare qu'il (elle) est apte à

Participer aux activités sportives et aux sorties scolaires

Sans réserve

Avec les réserves suivantes : .....  
 .....

Fait à ..... le .....

Cachet du médecin

Signature