



TERRE  
DE JEUN

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(à renseigner pour chaque enfant)

ANNÉE  
SCOLAIRE  
2023-2024

## ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Ecole fréquentée : .....  
Date et lieu de naissance : .....  Garçon  Fille Âge : .....

## REPRESENTANT LEGAL

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tél. domicile : ..... Tél. portable et/ou travail : .....

### Autre personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : ..... Prénom : .....  
Lien avec l'enfant : .....  
Tél. domicile : ..... Tél. portable et/ou travail : .....  
Pour tout changement de situation en cours d'année, merci d'en informer le Guichet Unique Education au 02-98-37-57-93

## VACCINATIONS

### ☒ Vaccin obligatoire :

DT Polio : oui  ..... non  Date du dernier rappel :

### ☒ Vaccins recommandés :

BCG : oui  non.....  Dernier test BCG :  
ROR : oui  non.....  Date du dernier rappel :

**Pour être accueilli au centre de loisirs, votre enfant devra être à jour du calendrier vaccinal.**  
Si vous rencontrez des difficultés pour renseigner cette rubrique, contactez votre médecin traitant.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant : ..... 

### Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Angine : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Rougeole : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

★ Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil en précisant les dates et les précautions à prendre (épilepsie, asthme, diabète, ...) : oui  non

.....

.....

.....

.....

★ Votre enfant a-t-il des réactions allergiques ? (médicamenteuse, alimentaire,...) : oui  non  Si oui, lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

★ Votre enfant suit-il un traitement médical ? oui  non  Si oui, lequel ? (veuillez joindre l'ordonnance)

.....

.....

.....

.....

★ Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, de prothèse dentaire,...)

.....

.....

.....

.....

★ Autres

.....

.....

.....

.....

Les données personnelles recueillies par le biais de ce formulaire sont requises légalement pour la sécurité de votre enfant.

J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement.

Elles ne font en aucun cas l'objet d'une cession à des tiers.

Les données saisies sur ce formulaire sont conservées pour une durée de 1 année scolaire.

Le responsable du traitement est Monsieur le Maire de Plougastel-Daoulas.

Les destinataires de ces données sont la direction et les agents des écoles/Centre de loisirs de la commune. Vous pouvez demander l'accès à vos données personnelles, la rectification ou l'effacement de celles-ci en vous adressant à :

Mairie de Plougastel-Daoulas, Délégué à la protection des données 1 Rue Jean Fournier CS 80031, 29470 Plougastel-Daoulas ou par courriel à : [donneespersonnelles@mairie-plougastel.fr](mailto:donneespersonnelles@mairie-plougastel.fr) ou à notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante : protection.donnees@cdg29.bzh ou La Cellule RGPD, Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Finistère, 7 Boulevard du Finistère, 29000 Quimper. 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.

**Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.**

**J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.**

Date :

Signature du (des) représentant(s) légal(légaux)