



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(à renseigner pour chaque enfant)

ANNÉE
SCOLAIRE
2025-2026

ENFANT

Nom : Prénom :

Ecole fréquentée :

Date et lieu de naissance : ☐ Garçon ☐ Fille Âge :

REPRÉSENTANT LÉGAL

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 ☐ non ☐ Varicelle : oui ☐ non ☐

Angine : oui ☐ non ☐ Scarlatine : oui ☐ non ☐

Coqueluche : oui ☐ non ☐ Otite : oui ☐ non ☐

Rougeole : oui ☐ non ☐ Oreillons : oui ☐ non ☐

★ 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 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)