



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

## 1 - ENFANT

NOM : ..... Prénom : ..... Classe : .....

Date de naissance : ..... Garçon  Fille

## 2 – VACCINATION OBLIGATOIRE

**Joindre une copie du carnet de santé (pages concernant les vaccins)**

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

## 3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà 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"/>	Rhumatisme articulaire aigu 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"/>

## 4 -RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc

.....  
Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les précautions à prendre .....

## 5 -ALLERGIES ET TRAITEMENT EN COURS

Allergies : Asthme oui  non  Médicamenteuses oui  non

Alimentaires oui  non  Autres oui  non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler pour la mise en place d'un PAI)

.....  
Traitement médical spécifique oui  non

Lequel : .....

DANS TOUS LES CAS, il vous est demandé de prendre contact avec la directrice de l'école et la mairie pour mettre en place un PAI (Projet d'Accueil Individualisé). Sans cette démarche aucun médicament ne pourra être administré à votre enfant. L'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) seront transmis lors de cet entretien avec les explications nécessaires sous l'autorité du médecin scolaire.

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les directeurs de structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date..... Signature(s)

*La réglementation concernant la protection des données personnelles a évolué, avec l'entrée en vigueur du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), le 25 mai 2018.*

*La fiche de renseignements relative à l'inscription de vos enfants aux divers services proposés par la commune de SAINT MALO DE PHILLY est un traitement de données personnelles, dont le Maire est responsable de traitement.*

*Les informations personnelles collectées vous concernant nous permettent d'assurer la **gestion de l'ensemble des services en matière d'affaires périscolaires (inscription, suivi et facturation, mise à jour des données)**. Il s'agit d'une **mission d'intérêt public**.*

*Les données collectées sont communiquées aux **agents des services administratifs de la commune et aux agents périscolaires de la commune**. Ces données seront conservées 1 an (année scolaire).*

*Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement en vous adressant à la Mairie de SAINT MALO DE PHILLY 1 place de l'Eglise 35480 SAINT MALO DE PHILLY.*

*Pour toute question, vous pouvez vous adresser au délégué à la protection des données à l'adresse suivante : Délégué à la protection des données, Centre de Gestion d'Ille-et-Vilaine, 1 avenue de Tizé, CS 13600, 35236 THORIGNE FOUILLARD CEDEX ou [dpd@cdg35.fr](mailto:dpd@cdg35.fr)*

*En cas de manquement à ces obligations, vous pouvez saisir la CNIL.*