



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON  
INSCRIPTION A LA GARDERIE SCOLAIRE DE LE PORT  
- Année 2026 / 2027 -**

**Document confidentiel à transmettre sous enveloppe cachetée au nom de l'enfant.**  
**JOINDRE LE CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS A JOUR.**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (*arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs*).

### 1. IDENTITE DE L'ENFANT

Nom(s) : \_\_\_\_\_ Prénom(s) \_\_\_\_\_

Sexe :  Féminin  Masculin Date de naissance : \_\_\_\_\_

### 2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATE
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

### 3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  OUI  NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Nom et téléphone du médecin traitant (*facultatif*) : \_\_\_\_\_

L'enfant dispose-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ?  OUI  NON

Avez-vous transmis le PAI municipal à jour dûment renseigné et signé ?  OUI  NON

L'enfant a-t-il besoin d'un accompagnement spécifique ?  OUI  NON

*Si oui, merci de vous rapprocher du Responsable de site de la garderie scolaire.*

✚ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<i>RUBEOLE</i>		<i>VARICELLE</i>		<i>ANGINE</i>		<i>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</i>		<i>SCALARTINE</i>	
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<i>COQUELUCHE</i>		<i>OTITE</i>		<i>ROUGEOLE</i>		<i>OREILLONS</i>			
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		

✚ Allergie(s) de l'enfant :

ASTHME             OUI             NON            MÉDICAMENTEUSES     OUI             NON  
ALIMENTAIRES     OUI             NON            Autres (à préciser) \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

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

#### 4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

## 5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

### Responsable légal 1 / Tuteur

Madame

Monsieur

Nom et Prénom

\_\_\_\_\_

Téléphone personnel \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel \_\_\_\_\_

### Responsable légal 2 / Tuteur

Madame

Monsieur

Nom et Prénom

\_\_\_\_\_

Téléphone personnel \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel \_\_\_\_\_

## 6. INFORMATIONS RELATIVES A LA PROTECTION DES DONNEES

Les informations recueillies au travers de cette fiche sanitaire de liaison feront l'objet d'un traitement manuel dont le responsable de traitement est la Commune de Le Port – Direction Vie Educative : service Vie Scolaire. Elles sont collectées afin de procéder à l'inscription de l'enfant mineur à la garderie scolaire de Le Port. Elles sont nécessaires à la sécurité de l'enfant.

En vertu du RGPD et de la loi Informatique et libertés modifiée, les bases légales du traitement sont fondées sur l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investie la Commune de Le Port ainsi que le recueil du consentement pour l'exercice des soins.

Vos données personnelles sont conservées pendant l'année de scolarisation de votre enfant dans une des écoles de la Commune de Le Port et conformément aux prescriptions des archives départementales, sauf en cas de durée de conservation plus longue justifiée par des exigences légales. Les données collectées sont uniquement destinées à un usage interne et ne seront en aucun cas cédées ou vendues à des tiers. En outre, elles n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée.

Dans la limite de leurs attributions respectives, peuvent être destinataires de tout ou partie de vos données personnelles, les directions de la Commune de Le Port et les partenaires extérieurs autorisés en lien avec la commune (Education Nationale, les services de l'Etat, la C.A.F, le C.C.A.S de Le Port, ...) ainsi que les tiers et les autorités de contrôles des collectivités territoriales habilités et autorisés.

Conformément aux lois Informatique & Libertés et RGPD et dans la mesure où cela est compatible avec les activités du traitement, vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'opposition pour des motifs légitimes, à la limitation de traitement, à la portabilité, à l'effacement de vos données et d'introduire une réclamation à la CNIL : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr). Vous pouvez exercer ces droits en envoyant votre demande au Délégué à la protection des données par courriel : [dpo@ville-port.re](mailto:dpo@ville-port.re). Je peux retirer à tout moment mon consentement pour l'exercice des soins.

## 7. SIGNATURE DU(DES) RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

Je / Nous soussigné(e)(s), \_\_\_\_\_  
responsable(s) légal(aux) de l'enfant, atteste(ons) l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et m'engage(ons) à les réactualiser.

J'autorise / Nous autorisons le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je / Nous reconnais(sons) avoir pris connaissance des informations relatives à la protection des données indiquées ci-dessus.

Date :

Signature du(des) représentant(s) légal(aux) :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---

---

---

---