



**FICHE  
SANITAIRE**  
Périscolaire-A.L.S.H.  
Année 2024-2025

NOM : .....  
PRENOM : .....  
DATE DE NAISSANCE : ..... Garçon  Fille

**Une fiche par enfant**  
(Fiches supplémentaires sur demande  
à l'école ou la garderie ou l'A.L.S.H.)

**1 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

**a) TRAITEMENT MEDICAL DE LONGUE DUREE :**

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée ? Oui  non

Si oui, lequel ? .....

**b) ALLERGIES :** ASTHME oui  non

ALIMENTAIRE oui  non

MEDICAMENTEUSE oui  non

AUTRES .....

Si oui, fournir le certificat médical,

Et préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si auto - médication, le signaler)

Eventuellement, régime alimentaire particulier .....

**c) P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non

Si oui, joindre le protocole et toutes informations utiles

**d) AUTRES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

Indiquer éventuellement ci-dessous les renseignements médicaux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil (ex, antécédents d'accidents, de crises convulsives, d'opérations, d'hospitalisations, de pathologies récurrentes (infections urinaires, constipation etc...), et dans ce cas, les précautions à prendre et la conduite à tenir

**2 – VACCINATIONS**

Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations obligatoires ? Oui  non

Joindre la photocopie du carnet de santé pour les vaccins obligatoires

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

**a) Votre enfant porte-t-il :**

DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

**b) Autres recommandations éventuelles / Précisez :**

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : ..... Signature : .....

La réglementation concernant la protection des données personnelles a évolué, avec l'entrée en vigueur du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) depuis le 25 mai 2018. La mairie de La Chapelle Thouarault, dont le maire est responsable de traitement, collecte vos données qui seront traitées par ses agents. Conformément à l'article 15 du RGPD, la collecte de vos données dans ce formulaire par la Mairie de La Chapelle Thouarault est nécessaire pour répondre à l'exercice de votre droit d'accès. Il s'agit d'une obligation légale. Les agents des services de la Mairie de La Chapelle Thouarault auront accès à ces données afin de répondre à votre demande. Ces données seront conservées ou éliminées selon les préconisations relatives au tri et à la conservation des archives produites par les communes (DGP/SIAF/2014/006) établies par le Ministère de la Culture et de la Communication.

Vous disposez à tout moment d'un droit d'opposition, accès, rectification, effacement et de limitation en vous adressant à la Mairie de La Chapelle Thouarault. 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, Village des collectivités territoriales, 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.