



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉPARTEMENT DE LA GUADELOUPE

FICHE SANITAIRE 2026/2027

INFORMATION RELATIVE À LA PROTECTION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Conformément aux articles 13 et 9 du Règlement (UE) 2016/679 (RGPD) et à la loi Informatique et Libertés modifiée.

Responsable du traitement : VILLE DE PETIT-BOURG, représentée par Monsieur le Maire — Rue Victor Schoelcher, 97170 Petit-Bourg — dpo@ville-petitbourg.fr.

DPO : Me Christelle Reyno, LEGALPROTECH-AVOCATS — c.reyno@legalprotech.fr.

Finalités et bases légales : Les données sont collectées aux fins de gestion administrative de l'accueil périscolaire et de sécurité sanitaire de votre enfant (art. 6.1.e RGPD — mission de service public). Les données de santé (allergies, pathologies, traitements, vaccinations, PAI) sont traitées sur le fondement de la protection de vos intérêts vitaux et des obligations légales applicables (art. 9.2.c et 6.1.c RGPD). Le droit à l'image est fondé sur votre consentement, librement donné et retirable à tout moment sans conséquence sur la prise en charge de votre enfant (art. 6.1.a RGPD).

Destinataires : Personnel habilité de la structure (direction et animateurs). En cas d'urgence médicale, les données de santé peuvent être communiquées aux services de secours (SAMU, pompiers) et au médecin traitant désigné. Aucune transmission à des tiers à d'autres fins.

Durée de conservation : La fiche est conservée pour l'année scolaire en cours, puis détruite de manière sécurisée à l'issue de celle-ci. Elle est renouvelée chaque année.

Sécurité : Ce document est conservé sous format papier, dans un lieu sécurisé et accessible aux seuls personnels habilités.

Vos droits : Accès, rectification, effacement, limitation (art. 15 à 18 RGPD). Pour le droit à l'image uniquement : retrait du consentement à tout moment. Demandes à adresser au DPO : dpo@ville-petitbourg.fr. Réclamation possible auprès de la CNIL — www.cnil.fr.

1. IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom* :

Prénom* :

Date de naissance* :

Sexe* : ☐ F ☐ M

Adresse* :

.....

.....

Établissement scolaire* :



PETIT-BOURG

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DÉPARTEMENT DE LA GUADELOUPE

2. RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable 1

Nom et prénom* :

Téléphone portable* :

Téléphone travail :

Adresse :

Responsable 2

Nom et prénom* :

Téléphone portable* :

Téléphone travail :

Adresse :

3. PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone
---------------	--------------------	-----------



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉPARTEMENT DE LA GUADELOUPE

PETIT-BOURG

4. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Ces données de santé sont traitées dans le seul intérêt de la sécurité de votre enfant. Seuls les personnels habilités y ont accès.

Allergies (alimentaires, médicamenteuses ou autres) *: ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser la nature, les substances et les consignes à suivre :

.....

Maladie chronique* : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

.....

Traitement en cours* : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser (nom du médicament, posologie, modalités d'administration) :

.....

Recommandations importantes ou informations complémentaires:

.....

.....

5. VACCINATIONS

☐ L'enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires

☐ Copie du carnet de santé fournie

6. MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin* :

Téléphone :

Adresse :

7. PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

Mairie de Petit-Bourg

Hôtel de Ville

Rue Victor SCHOELCHER

97 170 Petit-Bourg, Guadeloupe

Tél : 0590 95 38 00 - Fax : 0590 95 69 43

www.ville-petitbourg.fr



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉPARTEMENT DE LA GUADELOUPE

PETIT-BOURG

Le PAI est un document élaboré en concertation avec la famille, le médecin et la direction de l'établissement d'accueil pour les enfants nécessitant un protocole de soins ou des aménagements spécifiques.

L'enfant est porteur d'un PAI * ☐ Oui ☐ Non

☐ Le PAI est joint à la présente fiche (obligatoire si oui)

Nom et coordonnées du médecin référent du PAI :

Interlocuteurs médicaux en cas d'urgence (infirmière scolaire, médecin de garde...) :

8. AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant :

☐ Autorise les responsables de la structure à prendre toute mesure d'urgence nécessaire à la protection de la santé de mon enfant (soins conservatoires, hospitalisation)

☐ Autorise le transport de mon enfant par les services de secours (SAMU, pompiers)

9. DROIT À L'IMAGE

Le présent consentement porte sur la prise de photographies et de vidéos de votre enfant dans le cadre des activités périscolaires, et leur utilisation sur les supports suivants : affichage interne, site internet de la collectivité, supports de communication institutionnels (bulletins, plaquettes, réseaux sociaux liés à l'activité périscolaire).

Ce consentement est libre, spécifique et révocable à tout moment par courrier adressé au DPO, sans préjudice des utilisations antérieures.

☐ J'autorise la prise et l'utilisation d'images de mon enfant sur les supports susmentionnés

☐ Je n'autorise pas la prise et/ou l'utilisation d'images de mon enfant

Mairie de Petit-Bourg

Hôtel de Ville

Rue Victor SCHOELCHER

97 170 Petit-Bourg, Guadeloupe

Tél : 0590 95 38 00 - Fax : 0590 95 69 43

www.ville-petitbourg.fr



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉPARTEMENT DE LA GUADELOUPE

10. AUTORISATION MAQUILLAGE

☐ Autorise

☐ N'autorise pas

le maquillage de mon enfant dans le cadre des animations périscolaires.

11. SIGNATURE

Les champs marqués d'un astérisque () sont obligatoires. Leur absence peut faire obstacle à l'inscription de votre enfant. Cette fiche est valable pour l'année scolaire 2026/2027 uniquement et sera renouvelée chaque année.*

Fait à :

Le :

Signature du responsable légal :

(Signature précédée de la mention "Lu et approuvé")

.....