

### L'ENFANT

Nom  Prénom

Né(e) le  Sexe F ☐ M ☐

Age

### RESPONSABLES LÉGAUX

#### REPRÉSENTANT 1

Nom  Prénom

#### REPRÉSENTANT 2

Nom  Prénom

#### AUTRE RESPONSABLE

Personne physique ☐ Personne morale ☐

Nom  Prénom

Organisme  Personne référente

### AUTORISATIONS ET ENGAGEMENTS

#### Merci de cocher la case correspondante

- Participer aux activités proposées par les différents services (sportives, manuelles, sorties...) Oui ☐ Non ☐
- Utiliser les moyens de transport mis en place par l'organisateur pour les différentes activités Oui ☐ Non ☐
- Utiliser la crème solaire de l'organisateur Oui ☐ Non ☐

Le service se dégage de toutes responsabilités en cas de perte, de vol ou de détérioration d'objets personnels appartenant à mon enfant (bijoux, jouets, téléphone...)

## INSCRIPTION AUX SERVICES

Pour l'année scolaire 2026-2027, votre enfant utilisera les services

(Merci de cocher les cases et de remplir la fiche - Inscription 2026/2027 - du service concerné)

- ☐ RESTAURATION SCOLAIRE (ne remplir que les parties 1 et 3 ci-dessous)
- ☐ GARDERIE MATIN 3/11 ans
- ☐ GARDERIE SOIR 3/11 ans
- ☐ ACCUEIL DE LOISIRS de MUZILLAC (mercredi et vacances scolaires) 3/11 ans
- ☐ ACCUEIL DE LOISIRS VACANCES A LA CARTE + 6 ans

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

### PARTIE 1

**L'ENFANT SUIVIT UN TRAITEMENT MÉDICAL** Oui ☐ Non ☐

Précisez :

-----  
-----  
-----  
-----

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments non périmés, dans leur emballage d'origine, avec la notice, marquées au nom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

### **ALLERGIES (si oui, mise en place d'un PAI\*)**

ASTHME Oui ☐ Non ☐

MÉDICAMENTEUSES Oui ☐ Non ☐

ALIMENTAIRES Oui ☐ Non ☐

AUTRES -----

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler) :

-----  
-----  
-----  
-----

Pour plus d'information concernant l'élaboration du PAI, merci de prendre contact avec le Centre médico-scolaire au 02.97.01.63.70 ou à l'adresse [ce.cms56.vannes@ac-rennes.fr](mailto:ce.cms56.vannes@ac-rennes.fr)

### **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

-----  
-----  
-----  
-----

### **MÉDECIN TRAITANT (précisez le nom et téléphone)**

-----  
-----  
-----

\*PAI : Projet d'Accueil Individuel

## **PARTIE 2**

### **VACCINATIONS**

- 1- Joindre le schéma complet de la vaccination de votre enfant (photocopie du carnet de santé)
- 2- Si vous ne pouvez pas fournir de photocopies, merci de compléter le tableau ci-dessous

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  
Attention le vaccin antitétanique ne présente pas de contre-indication.

### **L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

<b>RUBÉOLE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui ☐ Non ☐ Occasionnellement ☐  
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui ☐ Non ☐

## **PARTIE 3**

Je soussigné(e) .....en tant que représentant légal de(s) l'enfant(s)

☐ certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche,

☐ autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Merci de vérifier que toutes les cases sont bien cochées  
avant de nous retourner le dossier, sinon il ne pourra pas être traité.**

A :

Signature :

Le :

## **DOCUMENTS A FOURNIR**

**PARTIE 1** : Certificat médical en cas d'allergie et Projet d'Accueil Individualisé (PAI) si besoin

**PARTIE 2** : Photocopie des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant ou un certificat de vaccination à jour remis par le médecin

## INFORMATIONS

Les informations recueillies dans la fiche enfant font l'objet d'un traitement informatique destiné uniquement à la gestion des services scolaires, périscolaires et extra-scolaire de la commune de Muzillac et de la Communauté de communes Arc Sud Bretagne.

Elles servent à :

- Collecter les informations concernant l'enfant et les transmettre aux services concernés pendant l'année, s'assurer que l'état de santé de l'enfant soit compatible avec l'activité
- Collecter les coordonnées des parents et tuteurs afin de pouvoir les joindre en cas de besoin
- Assurer la gestion administrative des services

Ces informations relevant des intérêts vitaux sont obligatoires. Les Services scolaires, périscolaires et extra-scolaire de la commune de Muzillac et la Communauté de communes Arc Sud Bretagne sont les seuls destinataires des données collectées. Elles seront conservées toute la durée de la scolarité de l'enfant (de la TPS à la 3ème).

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander l'effacement de vos données, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez nous écrire aux adresses suivantes : Muzillac : [communication@muzillac.fr](mailto:communication@muzillac.fr) ; Arc Sud Bretagne : [dpd@arcsudbretagne.fr](mailto:dpd@arcsudbretagne.fr) . 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.

Nous vous garantissons que les informations fournies resteront confidentielles.

## DOSSIER COMPLET À TRANSMETTRE

**AVANT LE 3 JUILLET 2026**

**POUR LES COLLÉGIENS**

**au collège Sainte-Thérèse**  
Rue du stade - 56190 MUZILLAC

**POUR LES ÉLÈVES DES ÉCOLES  
LES POULPIKANS ET SAINTE BERNADETTE**

**à la Mairie de Muzillac**  
Allée Raymond le Duigou - 56190 Muzillac  
[mairie@muzillac.fr](mailto:mairie@muzillac.fr) - 02 97 41 66 25