



FICHE INSCRIPTION ET SANITAIRE

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / / à

Sexe : Masculin Féminin

Ecole/Classe :

Enfant détenteur : d'un PAI ou bénéficiant de l'AEEH **RESPONSABLES LEGAUX****Responsable 1 (Facturation)**

Nom :

Prénom :

Parenté :

Adresse :

Code postal : Ville :

Profession :

Mail* :

Tel domicile :

Tel travail :

Responsable 2

Nom

Prénom :

Parenté :

Adresse :

Code postal : Ville

Profession :

Mail* :

Tel domicile :

Tel travail :

N°Allocataire : CAF ou MSA :

Quotient familial :

Merci de remplir et signer l'ensemble du dossier

Documents à fournir

- L'ensemble des pièces du dossier
- Copie des vaccins du carnet de santé avec le nom de l'enfant en haut de la page
- Copie de l'attestation extrascolaire de responsabilité civile
- Attestation CAF ou MSA

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L ENFANT A LA SORTIE

Les enfants ne peuvent être confiés qu'à des personnes ayant reçu l'autorisation des parents ou responsable légal. Nous vous demandons de bien vouloir nous indiquer le nom de ces personnes, leur lien avec l'enfant et un numéro de téléphone

- **Nom** : **Prénom** : A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : Autorisé à prendre l'enfant

Tel domicile : Tel portable : Tel. Travail :

- **Nom** : **Prénom** : A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : Autorisé à prendre l'enfant

Tel domicile : Tel portable : Tel. Travail : ...

- **Nom** : **Prénom** : A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : Autorisé à prendre l'enfant

Tel domicile : Tel portable : Tel. Travail :

Merci de nous prévenir le matin par SMS ou mail lorsqu'une personne autre que vous récupère l'enfant

Y-a-t il une personne de la famille à qui ne jamais remettre l'enfant ?

- **oui (joindre obligatoirement une photocopie de l'acte du tribunal)**
- **non**

LES VACCINATIONS

Nom du médecin traitant : Tél :

Vaccins obligatoires pour tous				Vaccins recommandés pour les enfants avant le 01/01/18 mais devenus obligatoires pour les enfants nés après le 01/01/18							
	oui	non	Date dernier rappel		oui	non	Date dernier rappel		Oui	non	Date dernier rappel
Diphtérie				Coqueluche				Hépatite B			
Tétanos				Haemophilus				Méningocoque C			
Poliomyélite				Rubéole/Oreillons /Rougeole				Pneumocoque			

Joindre **obligatoirement** une copie des vaccins du carnet de santé avec le nom de l'enfant inscrit en haut de la page (Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication)

LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant suit un traitement médical pendant l'accueil : oui non

Si oui, joindre une ordonnance de moins de 3 mois et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance.

ALLERGIES ET PROBLEMES DE SANTE

ASTHME : oui non préciser

ALLERGIES ALIMENTAIRES : oui non préciser

ALLERGIES MEDICAMENTEUSES : oui non préciser

ALLERGIES AUTRES : oui non préciser

PROBLEMES DE SANTE : oui non préciser

Si votre enfant présente un problème de santé particulier il est nécessaire d'établir un PAI qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter, un aménagement de son accueil. Un rendez-vous avec le/a directeur directrice du centre de loisirs devra être pris.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, besoins éducatifs particuliers, régimes alimentaires (sans porcs/sans viande) ...

.....

.....

.....

Je soussigné(e)

Responsable de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et s'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le la responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaires par l'état de santé du mineur, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilité à définir l'hôpital de secteur.

Date

Signature obligatoire





I. Consentement N°1 : Objectif poursuivi par le formulaire

Dans le cadre du Règlement Général pour la Protection des Données, nous vous précisons que les données collectées sur la fiche d'inscription et sanitaire servent à :

- a) Avoir des informations concernant l'enfant afin de les transmettre aux animatrices/teurs des accueils de loisirs pendant l'année/le séjour.
- b) S'assurer que l'état de santé de l'enfant soit compatible avec le type d'accueil (vaccinations à jour, allergies).
- c) Avoir les coordonnées des responsables légaux afin de pouvoir les joindre en cas de besoin.
- d) Assurer la gestion administrative : facturations et inscriptions

II. Consentement N°2 : Les destinataires des informations recueillies

- a) Les informations recueillies sur l'enfant seront transmises aux animatrices/teurs
- b) Afin de bénéficier de la Prestation de Service, le temps de présence de vos enfants sur les accueils sera également transmis à la CAF et à la MSA

III. Consentement N°3 : Les modalités d'accès, de correction et d'effacement des données vous concernant

Vos données seront conservées un an, renouvelable en cas de poursuite de scolarité Vous disposez d'un droit de consultation sur les informations

A lesignature

Mon enfant

Nom : **Prénom :**

 **Droit de diffusion**

Droit à l'image

- est autorisé à être photographié et/ou filmé par les animateurs du Centre de Loisirs dans le cadre des activités des Accueils de Loisirs & séjours à des fins pédagogiques pour :
- Diffusion Internet (Compte Instagram, Facebook, site internet de la Communauté de Communes)
- Publications (Rapport d'activités, bulletin annuel des communes)
- n'est pas autorisé à être photographié ou filmé par l'équipe d'animation.

Droit à la voix

- est autorisé à être enregistré (dans le cadre de projets au sein des accueils de loisirs: Printemps des Poètes, podcast)
- n'est pas autorisé à être enregistré par l'équipe d'animation.

 **Activités sportives**

- Est autorisé à pratiquer des activités physiques et sportives dans le cadre des accueils de loisirs.

Nom & Prénom du représentant légal :

Signature



PREVISIONNEL PRESENCE ET BUS

Nom:

Prénom :

Classe :

Ecole :

	Matin	Soir	Cantine	Bus	
				Matin	Soir
lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lieu de ramassage pour les enfants empruntant le bus le matin :

Lieu de descente pour les enfants empruntant le bus le soir :

Pour la sécurité de votre enfant, il est impératif que tout changement au niveau du ramassage scolaire soit signalé auprès de la direction au minimum le matin L'enfant sera

remis au chauffeur de bus sauf si son représentant légal se présente sur la structure avant l'heure de ramassage