



## FICHE INSCRIPTION ET SANITAIRE

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... à .....

Sexe :  Masculin  Féminin

Collège/Classe : .....

Numéro téléphone du jeune : .....

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 et de fournir les documents

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

Le jeune est-il autorisé à quitter le Local Jeune seul ?

- oui       non

**PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE LE JEUNE A LA SORTIE**

Les jeunes 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 le jeune et un numéro de téléphone

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

Lien avec le jeune : .....  Autorisé à prendre le jeune

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

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

Lien avec le jeune : .....  Autorisé à prendre le jeune

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

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

Lien avec le jeune : .....  Autorisé à prendre le jeune

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

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

Y-a-t il une personne de la famille à qui ne jamais remettre le jeune ?

- 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 jeunes avant le 01/01/18 mais devenus obligatoires pour les jeunes 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 inscrit en haut de la page (Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication)

## **LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE**

Votre ado 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'ado 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 ado 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 local jeune devra être pris.

## **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement du jeune, difficulté de sommeil, besoins éducatifs particuliers...

.....  
.....  
.....

Je soussigné(e) .....

Responsable de l'ado ..... 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 le jeune afin de les transmettre aux animatrices/teurs des accueils pendant l'année/le séjour.
- b) S'assurer que l'état de santé du jeune 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 le jeune 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 ..... le .....

Signature

**Le jeune :**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

 **Droit de diffusion**

**Droit à l'image**

- est autorisé à être photographié et/ou filmé par les animateurs des centres 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

Nom: .....

Prénom : .....

Classe : .....

Collège : .....

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

Nom & Prénom du représentant légal :

Signature