

Fiche de renseignement

Pôle Enfance Jeunesse

Annexes à remettre

- ☐ Attestation d'assurance
- ☐ Justificatif de domicile
- ☐ RIB (si prélèvement automatique)
- ☐ Copie des pages de vaccination
- ☐ Attestation de Quotient Familial CAF

Inscription valable à partir de :

ETAT CIVIL	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
NOM Prénom			
Sexe	☐ M ☐ F	☐ M ☐ F	☐ M ☐ F
Date de naissance			
École, classe, nom professeur			
Assureur et n° de contrat			
Apte à la natation	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Régime alimentaire			

REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Portable :

@Email :

RÉGIME : CAF - n° d'allocataire:.....

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente) :

Portable :

@Email :

DÉCHARGE:

Les personnes désignée ci-dessous, dont j'ai précisé le numéro de téléphone, sont autorisées à venir chercher mon/mes enfants qui fréquentent les activités périscolaires et extrascolaires du Pôle Enfance-Jeunesse

M
M
M
M

TÉL:
TÉL:
TÉL:
TÉL:

DROIT A L'IMAGE:

J'autorise ☐ **oui** ☐ **non**, l'exploitation des photos ou vidéos à des fins d'illustration dans divers outils de communication plaquettes, affiches et flyers. l'exploitation des photos ou vidéos dans le cadre de publications internet, pages web et tous types de réseaux sociaux.

Cette autorisation est valable pour une durée de cinq ans et peut être révoquée à tout moment.

Conformément à l'article 372-1 du code Civil, les décisions concernant l'image de l'enfant sont prises en commun par les deux parents. En donnant mon accord, je reconnais avoir pris les dispositions nécessaires pour informer l'autre parent de cette autorisation et recueillir son consentement.

HOSPITALISATION

J'autorise ☐ **oui** ☐ **non** : le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

POUR LES ENFANTS A PARTIR DE LA CM1 :

J'autorise ☐ **oui** ☐ **non** mon enfant à rentrer seul(e) de l'accueil périscolaire. Je reconnais qu'il sera sous ma seule responsabilité pendant son trajet de retour.

TRANSPORT

J'autorise ☐ **oui** ☐ **non** le transport de mon/mes enfant(s) en mini-bus ou véhicule personnel des animateurs ou parents bénévoles dans le cadre des **activités du Service Jeunesse**

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Je souhaite ☐ **oui** ☐ **non** être prélevé automatiquement des factures qui me sont dues. Pour cela, **je fournis un RIB.**

REGLEMENT INTERIEUR

☐ **J'accepte l'ensemble des dispositions du règlement et je m'engage à le respecter.**

PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les informations recueillies par la Commune de Luc Sur Mer ont pour finalité la gestion de l'image de votre enfant dans le cadre des événements organisés par le Pôle Enfance Jeunesse . Ce traitement repose sur votre consentement. Ces données sont uniquement destinées aux agents en charge de leur traitement et ne seront pas cédées ou transmises à des tiers. Les données sont conservées pendant cinq ans. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » de 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données, dit RGPD, vous disposez du droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et de portabilité des données. Vous pouvez révoquer cette autorisation à tout moment. Pour exercer ces droits ou pour toute question relative au traitement de vos données personnelles, veuillez contacter le Délégué à la Protection des Données de la Commune de Luc Sur Mer : rgpd@cdg14.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.

A..... Le

Règlement Intérieur :



Signature Représentant légal 1

Signature Représentant légal 2



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

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

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

☐ oui ☐ non

MEDICAMENTEUSES

☐ oui ☐ non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

☐ oui ☐ non

Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :