

Dossier famille

Année /



1. NOM de l'enfant : Prénom : Sexe : M F
Né(e) le : Classe / Enseignant :
2. NOM de l'enfant : Prénom : Sexe : M F
Né(e) le : Classe / Enseignant :
3. NOM de l'enfant : Prénom : Sexe : M F
Né(e) le : Classe / Enseignant :
4. NOM de l'enfant : Prénom : Sexe : M F
Né(e) le : Classe / Enseignant :

RESPONSABLE LEGAL

(Si garde alternée, remplir un dossier par parent)

N^o allocataire CAF ou MSA : Quotient Familial.....

E-mail.....

Parent 1

NOM-Prénom :
NOM de naissance :
Date et lieux de naissance.....
Profession :
Employeur
Tél. domicile.....
Tél. professionnel
Tél. portable

Parent 2

NOM-Prénom :
NOM de naissance :
Date et lieux de naissance.....
Profession :
Employeur
Tél. domicile.....
Tél. professionnel
Tél. portable

Autre responsable légal :

(Parent, famille d'accueil, belle-mère, beau-père, autres) précisez :

Civilité, NOM et Prénom

Adresse :

Code Postal Commune

Téléphone domicile.....Téléphone portable :

Situation familiale : (mariés, union libre, PACS, célibataire, veuf,...)

Si parents séparés, qui a la charge.

Facturation séparée : OUI - NON

L'autre parent est-il autorisé à voir l'enfant et à le prendre à la sortie : OUI - NON

Si garde alternée : précisez semaine paire, impaire, autre :

AUTORISATIONS



Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant (autres que les parents):

ATTENTION toute personne non inscrite ne sera pas autorisée à récupérer votre enfant.

<i>NOM Prénom et adresse</i>	<i>Téléphone</i>	<i>Lien</i>

cochez la case si les personnes à contacter en cas d'urgence sont les mêmes que les personnes autorisées.

Personne(s) à contacter en cas d'urgence (autres que les parents):

<i>NOM Prénom et adresse</i>	<i>Téléphone</i>	<i>Lien</i>

PHOTO ET VIDÉO

Les animateurs ont il le droit de prendre votre enfant en photo ou en vidéo lors des activités dans le cadre de tout accueil (accueil de loisirs, périscolaire, extra-scolaire, anniversaires) sachant que les images ne pourront être utilisées que dans les supports :

- Panneaux d'affichage, démonstration des activités, au sein de nos locaux, bilans d'activité, document pédagogique ... :Oui Non
- Article de presse :Oui Non
- Pour notre site internet :Oui Non

INSCRIPTION ET DÉCHARGE

Ayant pris connaissance des conditions de fonctionnement de l'accueil de loisirs, je soussigné(e) responsable de (ou des) l'enfant(s) inscrit(s) au recto :

- **AUTORISE** mon enfant (ou mes enfants) à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs, dans l'accueil ou à l'extérieur (y compris avec déplacement en bus).
- **CERTIFIE** exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- **DÉCHARGE** les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement d'accueil ou dès lors que je suis venu (ou une personne autorisée est venue) chercher mon ou mes enfants pendant les horaires de fonctionnement.
- **AUTORISE** les organisateurs à prendre toute mesure nécessaire en cas d'urgence médicale.
- **CERTIFIE** avoir lu le règlement intérieur du centre.

Fait à : Le / /

Signature des parents

Fiche sanitaire de liaison

Individuelle



Merci de l'attention que vous porterez pour remplir cette fiche, la santé de votre enfant peut en dépendre. Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant, elle évite de vous démunir de son carnet de santé et doit être renouvelée chaque année. Merci d'avance

1- ENFANT

NOM de l'enfant : Prénom :

Né(e) le : Sexe : M F

Régime alimentaire sans porc : Oui Non

Aucun enfant n'est autorisé à rentrer seul, sauf si une dérogation a été signée (renseignements auprès de la direction).

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si votre enfant doit suivre un traitement médical pendant le fonctionnement du centre, vous devez joindre obligatoirement 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 pris sans ordonnance.**

3 - ALLERGIES :

(Merci de fournir un certificat médical ou une attestation)

MÉDICAMENTEUSES : Oui Non Si oui, lequel(s) :

ALIMENTAIRES : Oui Non Si oui, lequel(s) :

ASTHME : Oui Non Si oui, quel traitement :

AUTRES (environnement, ...) : Oui Non Si oui, lequel(s) :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet Accueil Individualisé) ? Oui Non

Si oui, fournir obligatoirement une copie du PAI, une ordonnance et les médicaments nécessaires.

4 - Maladies infantiles

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

5 - VACCINATIONS



Se référer au carnet de santé de l'enfant et joindre une copie des pages de vaccinations.

VACCINS OBLIGATOIRES	VACCINS RECOMMANDES
Diphtérie	Hépatite B
Tétanos	ROR (Rubéole Oreillons Rougeole)
Poliomyélite	Coqueluche
Ou DT polio	BCG
Ou Tétracoq	Autres (préciser)

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

6 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

Votre enfant porte-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires, etc..... Précisez

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

7 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM et Prénom :

N^o allocataire CAF MSA : ou n^o allocataire MSA :

J'AUTORISE le périscolaire à utiliser CDAP (Consultation des Données Allocataires) : Oui - Non

Adresse

Code Postal : Commune :

Parent 1 : Nom et prénom :

Portable : Domicile : Travail :

Parent 2 : Nom et prénom :

Portable : Domicile : Travail :

Nom et Tél du médecin traitant (facultatif) :

8 - INSCRIPTION

➤ **CERTIFIE** exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature des parents :

UTILISATION DE VOS DONNEES PERSONNELLES



La Communauté de Communes Rahin Chérumont responsable du traitement des données contenues dans ce formulaire, vous informe que ce traitement correspond à une mission d'intérêt public au regard de l'article 6 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Les données recueillies sont nécessaires à la bonne inscription de votre enfant à l'accueil périscolaire ainsi qu'à vous contacter en cas de nécessité liée à votre enfant. Elles sont destinées exclusivement au personnel chargé de l'enregistrement de l'inscription. En aucun cas elles ne seront rendues accessibles à des tiers sans votre accord exprès le cas échéant.

Ces données ne sont pas conservées au-delà de la période d'inscription de votre enfant.

Vos droits

Conformément à la Loi Informatique et Libertés ainsi qu'aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous bénéficiez :

- d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations vous concernant et/ou concernant votre enfant
- du droit à la portabilité de vos données
- du droit à la limitation d'un traitement vous concernant et/ou concernant votre enfant
- du droit, pour motifs légitimes de vous opposer à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement

Tout exercice de ces droits peut s'effectuer sur simple demande en vous adressant à Mme Verdot Responsable Ressources Humaines à la Communauté de Communes Rahin Chérumont. Un justificatif d'identité sera requis pour toute demande d'exercice de droit.

Pour aller plus loin

Si vous souhaitez plus d'informations sur la protection des données personnelles et vos droits en la matière, vous pouvez :

- consulter le site de la CNIL : <https://www.cnil.fr/>
- contacter le Délégué à la Protection des Données de la collectivité : <https://www.agirhe.cdg54.fr/TDB/rgpd.aspx>

Je déclare exact les renseignements donnés ci-dessus.

Fait à :, le Signatures des représentants légaux