FICHE DE RENSEIGNEMENTS ALAE/ALSH

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom :	Prénom :	Sexe : ☐ F ☐ M
Date de naissance :	Lieu de naissance :	
Adresse :		
Etablissement scolaire fréquenté :		Classe Rentrée 2023 :
Assurance : Je reconnais avoir été informé de l'intérêt de souscrire en plus de la responsabilité civile, une garantie individuelle accident auprès de ma compagnie d'assurance.		Nom de la compagnie : N° de contrat :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal 1	**Responsable légal 2**
Nom : Prénom : Qualité : (père, mère, tuteur…) : Profession : Employeur :	Nom : Prénom : Qualité : (père, mère, tuteur…) : Profession : Employeur :
Situation familiale : ☐ En couple ☐ Séparés, si oui précisez le mode de garde : ☐ Autres (famille d'accueil…):	
Adresse :	Adresse :
Adresse de facturation : ☐ Parents ☐ Resp légal 1 ☐ Resp légal 2 ☐ Autres (préciser) :	
Téléphone fixe : Téléphone portable : Téléphone professionnel :	Téléphone fixe : Téléphone portable : Téléphone professionnel :
Adresse électronique :	Adresse électronique :
Régime social : ☐ CAF ☐MSA N° allocataire CAF ou MSA :	Régime social : ☐CAF ☐MSA N° allocataire CAF ou MSA :
Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :	
Nom et prénom : Qualité : Téléphone :	Nom et prénom : Qualité : Téléphone :
Nom et prénom : Qualité : Téléphone :	Nom et prénom : Qualité : Téléphone :

AUTORISATIONS	
Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant	
Autorise celui-ci à partir seul de la structure :	☐ OUI ☐ NON
Autorise celui-ci à participer aux activités et sorties organisées par la structure y compris lorsque celles-ci se déroulent à l'extérieur des bâtiments principaux (proximité immédiate) :	☐ OUI ☐ NON
Autorise le personnel à utiliser des supports audiovisuels (photos, vidéos, voix…) en vue d'une diffusion externe : presse, site internet et page Facebook de la ville :	☐ OUI ☐ NON
Autorise le responsable de la structure à prendre toutes les mesures d'urgence (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale…) rendues nécessaires par l'état de mon enfant :	☐ OUI ☐ NON
Autorise le service administratif à accéder au service CAF (Mon compte partenaire) afin de connaitre mon quotient familial et appliquer le tarif correspondant :	☐ OUI ☐ NON
Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les conditions :	☐ OUI ☐ NON
Accepte le traitement de mes données personnelles et celles de mes enfants : *Mentions RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) ci-dessous*	☐ OUI ☐ NON

L'enfant a -t-il un **régime alimentaire** particulier ? : ☐ OUI ☐ NON
si OUI lequel :_____

Information PAI : Si votre enfant a un **PAI en cours**, merci de bien vouloir vous rapprocher de la directrice de l'ALAE pour l'établissement du PAI valable en temps périscolaire.

DOCUMENTS A FOURNIR

- Attestation d'assurance extrascolaire (responsabilité civile et individuelle accident)
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (énergie, téléphone.)
- Copie du livret de famille pour les enfants de 3 ans.
- Copie du carnet de vaccinations de vos enfants.
- Pour les parents séparés, merci de fournir une copie de l'ordonnance fixant le planning de garde des enfants
- Le dernier avis d'imposition si vous n'avez pas de n° CAF ou MSA (celui des deux parents en cas de déclaration séparée)

Je soussigné(e),
Responsable légal, déclare exacts les renseignements portés sur ce document

A

Le

Signature obligatoire

Mentions RGPD :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées :
Dans un fichier enregistré papier et/ou informatisé par :

- Les directeurs et secrétariat de la structure,
  Sous contrôle du chef du service sport et jeunesse (Laurent BELOT – l.belot@ville-lavaur.fr – 05 63 58 09 60)

Les données sont conservées :
Tout au long de la participation de l'intéressé aux actions de la structure.

Vous pouvez :
accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données
retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données.
vous opposer au traitement de vos données.
exercer votre droit à la portabilité de vos données.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le service de la Direction Générale des Services à :
mairie@ville-lavaur.fr Place Général Sudre 81500 LAVAUR – 05 63 83 12 20

Consulter le site de cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits
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.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

L'ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../ ..... / ..... GARCON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT, ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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 ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui ☐ non ☐ **VARICELLE** oui ☐ non ☐ **ANGINE** oui ☐ non ☐
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ oui ☐ non ☐ **SCARLATINE** oui ☐ non ☐
COQUELUCHE oui ☐ non ☐ **OTITE** oui ☐ non ☐ **ROUGEOLE** oui ☐ non ☐
OREILLONS oui ☐ non ☐

ALLERGIES : 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)

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPÉRATION, RÉÉDUCATION, HOSPITALISATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui ☐ non ☐ occasionnellement ☐
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ? oui ☐ non ☐

4- RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR

NOM : ..... PRENOM : .....
ADRESSE (pendant le séjour) :
.....
.....
.....

TELEPHONE DOMICILE : .....BUREAU : .....
N° SÉCURITÉ SOCIALE : .....
L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : ☐ DE LA CMU
☐ D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%
Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, ...responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : ..... Signature :