

# Fiche de renseignements

## Accueils de Loisirs CCSA



### L'ENFANT

Nom :   
Prénom :   
Date de naissance :

### DOMICILE

Adresse :   
  
CP :  Ville :

**En cas de séparation, chaque parent doit remplir un dossier d'inscription**

### LES PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX

Nom :   
Prénom :   
Date de naissance :   
Pays :   
E-Mail :   
Profession :   
Employeur :   
Téléphone mobile :   
Téléphone bureau :   
Père  Mère  Tuteur   
Autorité parentale : Oui  Non

Nom :   
Prénom :   
Date de naissance :   
Pays :   
E-Mail :   
Profession :   
Employeur :   
Téléphone mobile :   
Téléphone bureau :   
Père  Mère  Tuteur   
Autorité parentale : Oui  Non

### FACTURATION

Nom de l'allocataire :   
Régime : CAF  MSA   
Numéro d'allocataire :   
Quotient familial :   
 Ou avis d'impôt si n° d'allocataire non connu

Personne(s) à facturer :   
Famille  Père  Mère  Autre :   
  
Mail de distribution pour l'envoi de la facture :

### AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) :

- Autorise** mon enfant à participer à toutes les activités et/ou sorties organisées dans le cadre des Accueils de Loisirs.
- Autorise** mon enfant à être transporté dans les véhicules de service et/ou par un prestataire.
- Autorise** la direction de l'ALSH, les animateurs et la CCSA à prendre en compte toutes les mesures nécessaires en cas d'accidents et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.

### PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- Attestation d'assurance (Extra-scolaire ou Responsabilité Civile et Individuelle Accident)
- Photocopie des vaccins du carnet de santé
- Attestation "Pass accueil" pour les ressortissants MSA
- Attestation "Pass nautique" pour les activités nautiques (paddle, canoë, voile, jeux gonflables) à partir de 6 ans

## INFORMATIONS MEDICALES

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

VACCINS OBLIGATOIRE	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				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

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?  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 <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>	Angine <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>
Coqueluche <input type="checkbox"/>	Otite <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/>	Oreillons <input type="checkbox"/>	

### ALLERGIES

ASTHME Oui  Non

MÉDICAMENTEUSES Oui  Non

ALIMENTAIRES Oui  Non

AUTRES

### ALLERGIE ET CONDUITE À TENIR

### SUIVI DE L'ENFANT

Enfant détenteur d'un P.A.I  (Si coché, fournir le document)

Enfant bénéficiant de l'A.E.E.H  ou en cours de parcours

Merci d'indiquer la date de prise en charge initiale :

### INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

## AUTORISATIONS PARENTALES

### DECHARGE / PERSONNES AUTORISEES

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, autorise mon fils / ma fille \_\_\_\_\_ à regagner son domicile :

En cas de séparation, merci de préciser si l'autre représentant légal est autorisé à venir chercher l'enfant.

Seul(e)     Accompagné(e) de :

Nom / Prénom	_____	Tel :	_____	Lien parenté :	_____
Nom / Prénom	_____	Tel :	_____	Lien parenté :	_____
Nom / Prénom	_____	Tel :	_____	Lien parenté :	_____
Nom / Prénom	_____	Tel :	_____	Lien parenté :	_____

Je décharge l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement de la Communauté de Communes Sor & Agout de toutes responsabilités dès lors que mon enfant aura quitté le centre, accompagné d'une personne autorisée.

---

### DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Autorise la réalisation de photos et vidéos de mon enfant et leur publication dans les supports de communication édités par la CCSA et ses partenaires (*publications papier, affichage, site Internet, réseaux sociaux, intramuros, articles de presse*), sans contrepartie de rémunération et pour une durée de 10 ans.

Conformément aux dispositions légales en vigueur relatives au droit à l'image, la CCSA s'engage à ce que la publication et la diffusion de l'image de votre enfant, ainsi que les commentaires l'accompagnant ne portent pas atteinte à sa vie privée, à sa dignité et à sa réputation. En application du règlement général sur la protection des données (RGPD), l'élève ou son/ses représentants légal/légaux dispose(nt) d'un libre accès aux photos concernant la personne mineure et a le droit de demander à tout moment le retrait de celles-ci.

## DONNEES RGPD

Informations relatives à l'utilisation des données à caractère personnel :

Les informations recueillies sur ce formulaire, conformément au Règlement Général sur la Protection des données personnelles (RGPD) et à la loi du 6 janvier 1978 Informatique et Libertés, sont enregistrées dans un fichier papier par la Communauté de Communes Sor & Agout pour la gestion des autorisations au droit à l'image. La base légale du traitement est le consentement. Les données pourront avoir comme destinataires dans la limite de leurs attributions respectives, les services internes.

Les données sont conservées pendant 3 ans.

### Droits de la personne et consentement :

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, ainsi qu'un droit d'opposition en cas de motif(s) légitime(s). Pour plus d'informations sur vos droits, consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr).

Ces droits peuvent être exercés à tout moment en vous adressant au Délégué à la Protection des Données de la Communauté de Communes Sor & Agout : [dpd@maires81.asso.fr](mailto:dpd@maires81.asso.fr). Le consentement exprès lié aux conditions d'usage des autorisations au droit à l'image pourra être retiré à tout moment.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés ou que le dispositif d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL.

**Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives au RGPD ci-dessus et donner mon consentement.**

Cette autorisation est donnée à titre gracieux pour enregistrer, reproduire et représenter l'image ou la voix de mon enfant suivant les modes d'exploitation détaillés ci-dessus.

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur le dossier d'inscription.**

**Je m'engage à signaler tous les changements pouvant intervenir au cours de l'année scolaire : adresse, téléphone, situation familiale ...**

**Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance et approuvé le règlement intérieur du service Enfance/Jeunesse (Consultable sur les ALSH, le site internet de la CCSA et sur le Portail Famille).**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature du/des responsable(s) légal/légaux de l'enfant, précédée de la mention « lu et approuvé ».**

