



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

VILLE DU VAL D'AJOL

ANNEE SCOLAIRE 2021/2022

Valable du 1^{er}/09/21 au 31/08/22.

La Mairie organise les Accueils Collectifs de Mineurs (ACM) sur le Val d'Ajol pour les enfants de 3 ans à 17 ans, afin d'inscrire votre(os) enfant(s) merci de remplir le dossier d'inscription composé de la Fiche de Renseignements, la Fiche Sanitaire et le règlement :

Au cours de l'année mon enfant est susceptible de fréquenter l'accueil suivant (merci de cocher) :	
<input type="checkbox"/> PERISCOLAIRE Ecole du Centre <input type="checkbox"/> MERCREDI	<input type="checkbox"/> PETITES VACANCES <input type="checkbox"/> VACANCES D'ETE

A NOTER : La présence effective de mon enfant est à confirmer pour chaque période auprès des directrices.

IDENTITE DE L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM DE L'ENFANT :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE DU DOMICILE DE L'ENFANT :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE et CLASSE :

RESPONSABLE LEGAL :

NOM :
 PRENOM :
 N° Tél DOMICILE
 N° Tél PORTABLE :
 ADRESSE DOMICILE :

Adresse de Facturation : OUI NON

MAIL :
 N° ALLOCATAIRE CAF ou MSA :
 QUOTIENT FAMILIAL :
 EMPLOYEUR (adresse et téléphone) :

RESPONSABLE LEGAL :

NOM :
 PRENOM :
 N° Tél DOMICILE
 N° Tél PORTABLE :
 ADRESSE DOMICILE :

Adresse de Facturation : OUI NON

MAIL :
 N° ALLOCATAIRE CAF ou MSA :
 QUOTIENT FAMILIAL :
 EMPLOYEUR (adresse et téléphone) :

En cas de garde alternée ou séparation des parents, merci de préciser l'organisation de la garde :

.....

- La mère a l'autorisation de voir son enfant s'il est chez le père
- Le père a l'autorisation de voir l'enfant s'il est chez la mère
- Garde unique chez (le père ou la mère)

Informations complémentaires : (ex : récupération par la mère le mercredi midi ou soir...)

.....

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),, autorise mon enfant :

- A rentrer seul à son domicile : OUI NON

Si NON liste des personnes autorisées à venir le chercher :

Personne autorisée n°1

Nom Prénom :

Lien avec l'enfant..... Téléphone.....

Personne autorisée n°2

Nom Prénom :

Lien avec l'enfant..... Téléphone.....

Personne autorisée n°3

Nom Prénom :

Lien avec l'enfant..... Téléphone.....

**La Mairie engage sa responsabilité uniquement durant la présence de l'enfant
dans ses locaux aux horaires d'ouverture.**

- J'autorise mon enfant à prendre le bus dans le cadre des activités.

- J'accepte que les photos prises pendant les activités soient utilisées pour les articles de presse et internet concernant le centre : OUI NON

- J'autorise mon enfant fréquentant l'ACCUEIL ADOS à quitter la structure seul durant les temps d'accueil : OUI NON

- En cas d'accident, j'autorise les responsables des accueils à prendre toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Merci de noter que cette fiche sera valide pour toute l'année scolaire et pour toutes les périodes d'ouverture des accueils de loisirs. Néanmoins toute inscription est soumise par période à validation par les directrices : Emilie CLAUDE pour l'accueil périscolaire Ecole du Centre :

accueilperiscolaire@valdajol.fr **06 16 62 16 38** et/ou Mélanie DURUPT pour les mercredis, petites

vacances et vacances d'été : acmmairie@valdajol.fr **06 34 87 66 56**

En cours d'année, je m'engage à signaler à l'équipe de direction tout changement modifiant les informations mentionnées sur la fiche de renseignements et la fiche sanitaire (santé, coordonnées...).

UTILISATION DES DONNEES PERSONNELLES : le traitement des données 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 ainsi qu'à vous contacter en cas de nécessité. 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.

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... Tout exercice de ces droits peut s'effectuer sur simple demande. Un justificatif d'identité sera requis pour toute demande d'exercice de droit. Pour aller plus loin : consulter le site de la CNIL : <https://www.cnil.fr/>

DATE et SIGNATURES DES RESPONSABLES LEGAUX

Pièces à joindre au dossier : Tout dossier incomplet ne sera pas accepté.

- Fiche de renseignements /Fiche sanitaire
- Attestation CAF ou MSA mentionnant le quotient familial (QF)
- Attestation d'assurance responsabilité civile

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

NOM PRENOM DE L'ENFANT : F M

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Je certifie que mon enfant est à jour de ses vaccinations. oui

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant). Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
 alimentaires oui non autres oui non

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

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

Suivi MDPH : OUI NON EN COURS

Si votre enfant bénéficie d'un Protocole d'Accompagnement Personnalisé (PAI), nous vous invitons à vous rapprocher des directrices afin d'échanger à ce sujet.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*) :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE et SIGNATURES DES RESPONSABLES LEGAUX