



# Dossier de renseignements

Photo d'identité

ECRIRE EN MAJUSCULES S.V.P

A compléter et modifier si besoin

|   |                        |
|---|------------------------|
| Nom de l'enfant :   | Prénom :               |
| Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F N° sécu. | Date de naissance :    |
| Adresse :   |                        |
| Code Postal :   | Ville :                |
| Ecole :   | Classe rentrée :       |
| L'enfant sait-il nager ?  | A t-il peur de l'eau ? |

**Mode de garde de l'enfant :**

|   |                                     |   |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Par ses deux parents | <input type="checkbox"/> Mère seule | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> Alternée             | <input type="checkbox"/> Père seul  |   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Responsable légal 1 :</b>                   | <b>Date de naissance :</b>                   |
| Nom :  | Prénom :                                     |
| Adresse (si différente de celle de l'enfant) : |  |
| Tél. Portable :                                | Tél. domicile :                              |
| Courriel :                                     | Tél. travail :                               |
| <b>Responsable légal 2 :</b>                   | <b>Date de naissance :</b>                   |
| Nom :  | Prénom :                                     |
| Adresse (si différente de celle de l'enfant) : |  |
| Tél. Portable :                                | Tél. domicile :                              |
| Courriel :                                     | Tél. travail :                               |
| <b>Facturation à adresser à :</b>              |  |
| <input type="checkbox"/> Responsable légal 1   | <input type="checkbox"/> Responsable légal 2 |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :    |  |

**Autre personne à prévenir en cas d'accident :**

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| Nom :           | Prénom :        |
| Tél. Portable : | Tél. domicile : |

**Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :**

Nom Prénom : Tél. portable :

J'autorise mon enfant à partir seul à la fin des activités (élémentaire uniquement)

**Frères et sœurs scolarisés en école maternelle ou élémentaire :**

Nom Prénom : Classe :

Nom Prénom : Classe :

Nom Prénom : Classe :

**PIÈCES OBLIGATOIRES À FOURNIR :**

Fiche sanitaire de liaison complétée

Attestation d'assurance (responsabilité civile individuelle accident et extrascolaire)\*

En cas de situation particulière concernant la garde de l'enfant : copie du dernier jugement de divorce ou ordonnance provisoire du Juge des Affaires Familiales

**Je soussigné(e) :**

**Responsable légal de l'enfant :**

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter et à le faire respecter de mes enfants.

Autorise l'équipe d'animation à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

M'engage à rembourser sur présentation des justificatifs, les frais engagés en cas de soins médicaux ou chirurgicaux sur mon enfant.

Autorise la diffusion de photographies ou film sur lesquels mon enfant apparait :

Dans le cadre d'activités organisées par l'équipe d'animation

Sur les supports de communication de l'association ou de la mairie :

Site Internet, newsletter

Supports papiers, bulletin municipal, réunion d'information...

Fait le : / /

Signature

o Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des activités de l'enfant (Cantine, Pause Méridienne, Accueil Péri Scolaire, Centre d'Accueil et de Loisirs). Le destinataire des données est l'association partenaire ou la collectivité en charge de l'organisation de ces activités. Elles seront conservées pendant 3 ans. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 dénommé « Règlement Européen sur la Protection des Données » et à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent et selon les cas d'opposition, d'effacement, de portabilité ou de limitation du traitement. Pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, pour accéder aux informations vous concernant et les faire rectifier vous pouvez vous adresser à l'accueil du service concerné. Pour en savoir plus, consultez vos droits sur le site de la CNIL. Vous avez également la possibilité d'introduire une plainte ou une réclamation auprès des services de la CNIL .

# Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à la santé de votre enfant lorsqu'il est pris en charge en dehors du temps de classe. Elle suit votre enfant dans toutes ses activités. Elle pourra être consultée par les personnes en responsabilité de l'enfant et sera présentée aux services de secours en cas d'accident pendant les activités.

## ENFANT :

Nom :

Prénom :

Sexe :  M  F

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant doit-il suivre un traitement médical régulier ?  Oui  Non

Si oui, joindre le **protocole d'accueil individualisé** (PAI) et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marqués au nom de l'enfant). **ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris sans ce document.**

### Allergies :

Médicamenteuses :  Oui  Non Asthme :  Oui  Non

Alimentaires :  Oui  Non Autre :  Oui  Non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir, le cas échéant joindre le projet d'accueil individualisé correspondant :

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

## RECOMMANDATIONS UTILES :

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

## RESPONSABLE LEGAL :

Nom :

Prénom :

Tél. Portable :

Tél. Domicile :

Tél. Travail :

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

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

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :