Les enfants d'abord 11
place de la marie
82700 finhan
led82700@gmail.com
09 52 51 96 03 - 07 83 84 14 62
www.led82.fr

FICHE ADMINISTRATIVE & SANITAIRE
ACCUEIL DE LOISIRS

DOCUMENTS NECESSAIRES

☐ Copie du carnet de santé (pages des vaccinations)
☐ Attestation d'assurance en responsabilité civile
☐ Projet d'Accueil Individualisé
☐ Attestation coefficient caf et AEEH si bénéficiaire

ENFANT Poids ..... Taille.....

Nom .....
Prénom .....
Date de naissance :..... Sexe : ☐ F ☐ M

REPRESENTANT 1

Lien avec l'enfant ☐ mère ☐ père ☐ tuteur
Situation matrimoniale ☐ marié(e) ☐ divorcé(e)
☐ séparé(e) ☐ concubinage ☐ pascé(e) ☐ veuf/veuve
Nom .....
Prénom .....
Adresse .....
Code postal .....
Ville .....
En cas de commune nouvelle, merci de préciser le nom de l'ancienne
Domicile Portable Professionnel
...../...../.....
@Mail: .....

REPRESENTANT 2

Lien avec l'enfant ☐ mère ☐ père ☐ tuteur
Situation matrimoniale ☐ marié(e) ☐ divorcé(e)
☐ séparé(e) ☐ concubinage ☐ pascé(e) ☐ veuf/veuve
Nom .....
Prénom .....
Adresse .....
Code postal .....
Ville .....
En cas de commune nouvelle, merci de préciser le nom de l'ancienne
Domicile Portable Professionnel
...../...../.....
@Mail: .....

Profession : .....
Employeur : .....

Profession : .....
Employeur : .....

Compagnie d'assurance : .....
N° de du contrat : .....
Date du contrat : .....

ALLOCATION

☐ CAF 82 ☐ MSA
N° d'allocataire : .....
Nom de l'allocataire : .....

En l'absence de d'attestation le tarif plein sera appliqué.

FRATRIE

Nom-Prénom : ..... sexe : ☐ F ☐ M
Date de naissance : .....
Nom-Prénom : ..... sexe : ☐ F ☐ M
Date de naissance : .....
Nom-Prénom : ..... sexe : ☐ F ☐ M
Date de naissance : .....

Personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant à la sortie de la structure

Nom-Prénom ..... Lien avec l'enfant : .....
Nom-Prénom ..... Lien avec l'enfant : .....
Nom-Prénom ..... Lien avec l'enfant : .....

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

Nom-Prénom ..... Lien avec l'enfant : .....
Nom-Prénom ..... Lien avec l'enfant : .....
Nom-Prénom ..... Lien avec l'enfant : .....

MEDECIN TRAITANT

Nom – Prénom : ……

Adresse ……

……

N° de sécu:……

ENFANT Poids ……. Taille……

Nom ……

Prénom ……

Date de naissance : …… Sexe : ☐ F ☐ M

SCOLARISATION

Nom de l'école/commune : …… Classe : ……

MALADIE(S)

L'enfant suit-il un traitement ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre l'ordonnance

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)

☐ OUI ☐ NON Si oui, joindre le PAI

HABITUDES ALIMENTAIRES

L'enfant suit-il un régime alimentaire ? ☐ OUI ☐ NON

Lequel ? ……

……

……

DIFFICULTES DE SANTE & PRECAUTIONS UTILES

……

……

ALLERGIE(S)

☐ Asthme

☐ Alimentaire, laquelle ? conduite(s) à tenir ?

……

……

☐ Médicale, laquelle ? conduite(s) à tenir ?

……

……

VACCINATION(S)

☐ J'atteste que mon enfant est à jour de ses vaccins

Fournir photocopie des vaccins

Autre

……

……

AUTORISATIONS

Je soussigné(e), ……., responsable légal de l'enfant,

☐ autorise mon enfant à sortir seul de la structure : ☐ à 17h ☐ à 17h30 ☐ à 18h ☐ à 18h30

☐ autorise mon enfant à participer à toutes les activités extérieures de l'ACM (toute sortie fera l'objet d'une information supplémentaire)

☐ autorise mon enfant à être transporté dans tout transport lié à l'ACM.

☐ autorise la direction Enfance Jeunesse à utiliser l'image fixe ou mobile, ou enregistrement sonore de mon enfant pour les publications : ☐ brochure, ☐ panneaux, ☐ affiches, ☐ site internet, ☐ presse, ☐ Spectacle de fin d'année **+ diffusion sur les réseaux.**

☐ autorise le responsable de la période à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

☐ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurants sur cette fiche, et m'engage à communiquer immédiatement à la direction les modifications pouvant intervenir en cours d'année (téléphone, adresse, problème de santé…)

☐ déclare avoir pris connaissance du projet éducatif, du projet pédagogique et du règlement intérieur de la structure et m'engage à les respecter. (Disponible sur www.led82.fr)

☐ autorise la direction de l'ACM à consulter mon dossier CAF afin d'adapter la tarification

☐ déclare avoir pris connaissance de mes droits concernant la Nouvelle Loi Informatique et Libertés du 20 Juin 2018. (voir page suivante – annexe 1)

2026-2027	2027-2028	2028-2029	2029-2030
Le : ……	Le : ……	Le : ……	Le : ……
Signature :	Signature :	Signature :	Signature :

Les enfants d'abord
11 place de la marie
82700 finhan
led82700@mail.com
09 52 51 96 03 - 07 83 84 14 62

ANNEXE 1

Protection des données personnelles - Loi Informatique et Libertés n°2018-493 du 20 Juin 2018.

L'**association** représenté par le Président **BEX Audrey,** dispose de moyens informatiques destinés à :

- gérer les inscriptions de vos enfants,
- assurer le suivi sanitaire de vos enfants (allergies médicales et alimentaires, connaissance des difficultés de santé pour garantir un meilleur accueil),
- contrôler les autorisations que vous aurez octroyées en terme :
    - de droit à l'image,
    - de conditions de reprise ou départ,
    - de pratique d'activités au sein de l'Accueil Collectif de Mineurs (ACM),
    - de modalités d'intervention en cas d'urgence,
    - et de transmission d'informations entre l'ACM et vous.

Les informations enregistrées, obligatoires, sont réservées à l'usage des services concernés et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants :

- les personnes statutairement responsables de la gestion des inscriptions
- les personnes statutairement responsables de l'encadrement des enfants,
- les personnes statutairement responsables des services chargés de l'administration des structures.

Les données récoltées seront conservées pour une durée de 12 mois, échéance à laquelle un nouveau consentement vous sera demandé afin de tenir à jour ou supprimer les informations vous concernant.

L'archivage de ce document est prévu légalement pour une durée de 5 ans. L'accès est restreint uniquement aux personnes du **centre de loisirs et du bureau de l'association** dûment habilitées.
Nous vous rappelons que vous avez le droit de demander au responsable du traitement l'accès aux données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, ou une limitation du traitement relatif à la personne concernée ainsi que du droit de s'opposer au traitement et du droit à la portabilité des données.

Pour faire valoir ces droits, vous pouvez contacter **le gestionnaire** par mail à **led82700@gmail.com**

Vous avez le droit de porter toute réclamation auprès de l'autorité de contrôle représentée en France par la Commission Nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - Téléphone : 01 53 73 22 22