



FICHE de RENSEIGNEMENTS

A destination de l'équipe et de l'administration soumis à discrétion professionnelle
Archivée durant 3 ans mais qui nécessite un renouvellement annuel

Année 2023

NOM

de l'enfant

PRENOM

J'autorise l'administration du CENTRE DE LOISIRS ASSOCIATIF DE CERET à transmettre si nécessaire dans le cadre de ses activités le dossier à :

UN ACCUEIL DE LOISIRS FRANCAS

avec les **enfants**
et les **jeunes**,
ensemble
pour l'**éducation** !
> les francas

PIÈCES A JOINDRE

Les documents doivent être visés par la structure NE PAS COCHER

- **Fiche sanitaire** dûment complétée et signée
 - **Attestation de vaccinations** précisant par un médecin que l'enfant est à jours
 - **Attestation d'assurance** responsabilité civile (périscolaire, extrascolaire)
 - **Autorisation images/ voix/productions** : captation, représentations, reproductions et publications
- Si non autorisation de consultation QF** : Attestation de Quotient Familial de moins de 3 mois
- Si jugement** : copie de la décision du juge aux affaires familiales et/ou du juge des enfants
- Si PAI** : Document de Projet d'Accueil Individualisé qui précise ses besoins thérapeutique

Conformément aux obligations du RGPD, les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre des relations entre vous et l'association. Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre du service demandé. Les données non utilisées depuis trois ans sont régulièrement effacées de nos bases (opération effectuée au moins une fois par an) ou selon les modalités explicitement décrites pour le service concerné.



RESPONSABLE(S) Renseigner les éléments ci-dessous et cocher la case En cas de : divorce, séparation des parents, de délégation à un tuteur/tutrice, merci de fournir le jugement correspondant afin de prendre connaissance des modalités de l'autorité parentale

En qualité de Mère Père Tuteur/Tutrice

N° Allocataire

CAF MSA Autres.....

Nom

Prénom

Adresse

Commune

Tél

Préciser votre email si vous souhaitez recevoir vos factures et durant l'année en cours des informations concernant la structure et l'association

Email

Profession pour valorisation et échanges de savoir-faire (facultatif) et à des fins statistiques pour l'Education Nationale

Profession

En qualité de Mère Père Tuteur/Tutrice

N° Allocataire *si différent*

CAF MSA Autres.....

Nom

Prénom

Adresse *si différente*

Commune

Tél

Préciser votre email si vous souhaitez recevoir vos factures et durant l'année en cours des informations concernant la structure et l'association

Email

Profession pour valorisation et échanges de savoir-faire (facultatif) et à des fins statistiques pour l'Education Nationale

Profession

AUTRES ADULTES A CONTACTER renseigner si nécessaire les éléments ci-dessous plusieurs choix de cases possibles En complément des responsables légaux dûment habilités qui sont priorités

En cas d'urgence	Autoriser à Récupérer l'enfant	Nom – Prénom	Téléphone	Téléphone
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Possibilité de donner l'autorisation de récupérer l'enfant par un mineur (à voir avec la direction et se référer au RI)

AUTORISATION DES RESPONSABLES cocher la case et renseigner si nécessaire

L'enfant pourra participer aux différentes activités et sorties organisés par la structure

L'enfant pourra utiliser les moyens de transports prévus dans le cadre des activités

Laisser l'enfant quitter seul la structure à : heures

Consulter mon quotient familial (QF) pour ajuster la tarification applicable

Autorise	N'autorise pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FRATRIE cocher la case et renseigner si nécessaire les éléments ci-dessous (frères et sœurs)

La fratrie est-elle inscrite dans la structure ? non concerné non oui

Si Oui - Nom(s), Prénom(s) :

.....

.....

Renseigner les éléments ci-dessous et cocher la case

ENFANT/ADOLESCENT.E

Sexe Féminin Masculin

Nom Prénom

Date et lieu de Naissance Âge

LIEU DE VIE Plusieurs choix de cases possibles si garde alternée, vacance en famille élargie...

Parental Maternel Paternel Tuteur/Tutrice Ass. Familial-e Institut MECS Autres

Préciser ci-dessous si l'adresse du lieu de vie est différente de celle du/des responsables légaux.

Nom – Prénom Tél Tél

Adresse

ACTIVITÉ EN VIE COLLECTIVE plusieurs choix de cases possibles permettant d'améliorer le 1^{er} accueil et de contribuer l'analyse d'éléments.

Aucune Ass. Maternel-le MAM RAM Micro-crèche/ Multi accueil Asso./Club
 Garderie Scolaire Centre de Loisirs (péri-extrascolaire) Séjours avec nuitée Ne souhaite pas répondre

SCOLARISATION cocher une case ci-dessous et renseigner les éléments

Classe

École Maternelle École Élémentaire Collège Institution (IME ITEP,IEM,IES...) A Domicile

Nom de l'École ou de l'Institution

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.) ? cocher la case correspondante.

Le P.P.S. propose des dispositifs tel que AVS/AESH – ULIS – matériel adapté...

Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

Non Oui Ne souhaite pas répondre

REGIME ALIMENTAIRE cocher la case correspondante.

A détailler dans la fiche sanitaire en cas de troubles de la santé, allergies, Projet d'accueil Individualisé (PAI), autres...

Aucun Allergie Autres troubles de santé Autres Préciser.....
.....

SUIVI COMPLÉMENTAIRE (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jours) cocher la case correspondante.

Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

Non Oui Ne souhaite pas répondre

BÉNÉFICIAIRE DE L'AEEH cocher la case correspondante.

Recensement du nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation peut permettre selon les situations l'octroi de financement pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.

Non Oui Ne souhaite pas répondre

REMARQUES COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT L'ENFANT Renseigner les éléments si nécessaire

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné-e, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure. Ces informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé dans le logiciel utilisé par la structure dans le but de suivi/contrôle. Elles seront conservées pendant trois ans.

Je m'engage à signaler tout changement de situation concernant l'enfant (santé, scolarisation, lieu de vie, assurance...) ou du/des responsables (coordonnées, modalités d'autorité parentale...). Conformément à la loi «RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le directeur-trice et/ou le coordinatrice-eur.

Chaque responsable légal est notamment informé que conformément à l'article 32 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations qu'il communique par le biais de ce formulaire est nécessaires pour répondre à sa demande et sont destinées au directeur-trice et/ou coordinatrice-teur, en tant que responsable du traitement à des fins de gestion administrative des services utilisés.

A le..... **Signature du/des responsable(s)**

**DOSSIER COMPLET ET SIGNE A RETOURNER
ACCOMPAGNE DE LA FICHE D'INSCRIPTION PERIODE**

Adhésion 2023		
Réglé le.....		
Par	Chq.	Esp.

L'ENFANT

Nom

Date de Naissance

Sexe Féminin Masculin

Prénom

Âge

N° sécurité sociale associé à l'enfant

Bénéficiaire de la Couverture de Maladie Universelle (CMU) non oui

ALLERGIE

Alimentaire non oui Laquelle

Médicamenteuse non oui Laquelle

Autres non oui Laquelle

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI :

Projet d'Accueil Individualisé non oui déjà établi (document à fournir)

PATHOLOGIE (asthme, diabète, épilepsie...)

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI :

Projet d'Accueil Individualisé non oui déjà établi (document à fournir)

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Aucun médicament ne pourra être mis à disposition sans ordonnance et/ou administrer sans PAI.
(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Traitement régulier Aucun Pris au domicile A prendre sur la structure

Traitement en cas de crise (pathologie, allergie...) non oui

Si traitement : Joindre l'ordonnance afin d'informer les secours en cas d'urgence.

L'enfant s'auto médicamente Prévoir PAI pour l'accompagner PAI déjà établi (à fournir)

APPAREILLAGE COMPENSATOIRE

Lunette Lentilles Prothèses Auditives Prothèses Dentaires

Appareil orthopédique Fauteuil/Déambulateur Autre Lequel

Précisez des recommandations si nécessaire (manipulation, rangement, à retirer selon activité...) :

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI :

Projet d'Accueil Individualisé non oui déjà établi (document à fournir)

AUTRES INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES Dans le cas où vous auriez des recommandations particulières au sujet du comportement de l'enfant (caractère, santé, etc...) veuillez les indiquer ci-dessous.

MÉDECIN TRAITANT (facultatif)

Nom Tél

Adresse

RESPONSABLE(S) En cas de : divorce, séparation des parents, de délégation à un tuteur/tutrice, merci de fournir le jugement correspondant afin de prendre connaissance des modalités de l'autorité parentale.

En qualité de cocher la case

Mère Père Tuteur/Tutrice

Nom

Prénom

Adresse

.....

Commune

Tél Tél

En qualité de cocher la case

Mère Père Tuteur/Tutrice

Nom

Prénom

Adresse si différente

.....

Commune

Tél : Tél :

AUTORISATION DES RESPONSABLES

Autorise N'autorise pas

le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant suivant les prescriptions du médecin consulté.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné-e, responsable(s) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et avoir fourni l'attestation de vaccinations précisant par un médecin que l'enfant est à jours ainsi que le cas échéant le(s) Projet(s) d'accueil individualisé (PAI).

Conformément à la loi «RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le directeur-trice et/ou le coordinatrice-ur.

Les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre des relations entre vous et l'association. Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre du service demandé. Les données seront valables durant l'année en cours et détruites par le service concerné.

A le Signature du/des responsable(s)

FICHE SANITAIRE A RETOURNER SIGNÉE

A JOINDRE A LA FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(personnes mineures)

Vu le Code civil, en particulier son article 9, vu le Code de la propriété intellectuelle
Conservation et exploitation pour une durée de 10 années

Madame, Monsieur, l'exploitation et la conservation du document se feront avec votre accord, exclusivement dans les conditions définies ci-dessous. La voix et/ou l'image et/ou les productions du/de la mineur-e ainsi que le document d'accompagnement présenté (diaporama, texte, images, ouvrage...) seront fixés sur un support permettant sa diffusion et sa reproduction tel que défini ci-dessous.

Projet organisé à partir du 01 janvier 2021 dans l'ensemble des centre de loisirs éducatifs des Francas des Pyrénées-Orientales pour le projet éducatif « avec les enfants et les jeunes ensemble pour l'éducation »

CONSENTEMENT DE L'ENFANT/ADOLESCENT-E

Sexe Féminin Masculin

Nom Prénom

- On m'a expliqué et j'ai compris à quoi servait ce projet.
- On m'a expliqué et j'ai compris qui pourrait voir les supports créés-es et/ou sur lesquels j'apparais.
- Et je suis d'accord pour que l'on enregistre, pour ce projet, mon image et/ou ma voix.

RESPONSABLE(S) En qualité de cocher la case

Mère Père Tuteur/Tutrice

Mère Père Tuteur/Tutrice

Je soussigné-e Nom

Je soussigné-e Nom ..

Prénom

Prénom

Adresse

Adresse

Commune

Commune.....

Tél Tél

Tél Tél

Par la présente, je donne l'autorisation au centre de loisirs associatif de Céret et à l'association des Francas des Pyrénées-Orientales dont elle est affiliée de représenter, reproduire (totalement ou partiellement), publier, diffuser et communiquer au public les images fixes et/ou animées sur lesquelles figure l'enfant/l'adolescent-e cité ci-dessus dont je suis responsable légal et/ou ses productions prises durant les activités pédagogiques et artistiques dans le cadre du projet éducatif précitée ou au cours de leur restitution.

J'autorise le centre de loisirs associatif de Céret et à l'association des Francas des Pyrénées-Orientales dont elle est affiliée à procéder à toute modification utile des images représentant le-la mineur-e et/ou ses productions ainsi qu'à la réutilisation ultérieure des images concernées pour un sujet identique ou similaire.

Les prises de vues photographiques, audiovisuelles, sonores peuvent être exploitées par le centre de loisirs associatif de Céret et à l'association des Francas des Pyrénées-Orientales dont elle est affiliée qui le gère dans le cadre de ses activités internes et/ou pour l'accomplissement de ses missions statutaires, accomplissement qui inclut la possibilité de rétrocéder ces droits à tout organisme à vocation culturelle, éducative, scientifique, pédagogique, muséologique ou sociale, à des fins de promotion des actions de l'union régionale des Francas d'Occitanie et de la Fédération nationale des Francas sur tout support connu ou inconnu à ce jour (livres, journal interne, dépliant, sites Internet, Intranet et/ou blog, dossier de presse, opérations promotionnelles, reportage d'information pour les médias, exposition, publication d'ouvrages, articles de presse, archivage...).

Cette autorisation est donnée à titre gracieux et non exclusif, pour une exploitation non commerciale, pour tous pays et pour la durée de protection légale de la propriété littéraire et artistique.

A le..... Signature du/des responsable(s)

Je n'autorise pas de captation pour l'enfant-adolescent-e

Certificat de Vaccination

Je soussigné.e, Docteur _____
Certifie que l'enfant _____
Né.e le _____ à _____

Est à jour de ses vaccinations obligatoires.
Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

Fait le : _____ A : _____

