



# FICHE D'INSCRIPTION ACM EXTRASCOLAIRE et PERISCOLAIRE

## Accueil de Loisirs 3-12 ans

ACM Privas  ACM Vallée de la Payre à Chomérac  ACM Vallée de l'Eyrieux à Saint-Sauveur-de-Montagut

## Accueil de jeunes 11-17 ans

Le QG des jeunes à Saint-Sauveur-de-Montagut  La MDJ à Chomérac  Le Repère à Vernoux-en-Vivarais

## ENFANT

Nom\*

Prénom\*

sexe\*

Date de Naissance\*

Lieu de naissance\*

Scolarité (école)

Dossier MDPH/CMP/autres\*

non  oui  Préciser \_\_\_\_\_

AVS (dossier MDPH)\*

oui  non

### Données Complémentaires\*

(cocher si accord)

Autorisation de sport

oui	non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorisation de prise de vue  
(presse et internet)

oui	non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorisation de maquillage

oui	non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorisation de baignade

oui	non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorisation à partir seul

oui	non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Port de lunettes

oui	non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Port d'un appareil dentaire

oui	non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Port d'un appareil auditif

oui	non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'enfant sait-il nager

oui	non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'enfant fait-il de l'asthme

oui	non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Pratiques alimentaires\*

(A cocher)

Sans sel

Sans porc

Sans sucre

Sans viande

Sans arachide

Sans lait

### PAI (alimentaire ou autres)\*

Préciser \_\_\_\_\_

(si PAI, document obligatoire à télécharger et à faire remplir par le médecin)

## FAMILLE

### Responsable légal

Civilité	Prénom*	Civilité	Prénom
Nom d'usage*		Nom	
Qualité*	Situation familiale*	Qualité	Situation familiale
Autorité Parentale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autorité Parentale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Adresse *		Adresse si différente du responsable légal	
Téléphone portable*	Téléphone professionnel	Téléphone portable	Téléphone professionnel
Téléphone domicile		Téléphone domicile	
Email*	@ _____	Email	@ _____
Profession	Employeur	Profession	Employeur
Adresse Employeur		Adresse Employeur	

## Données CAF/MSA

Identifiant Personnel  (H si enfant handicapé)

J'autorise le CIAS à consulter les éléments du dossier familial sur la base de données CDAP de la CAF.

Allocataire CAF\*  n° Allocataire\* \_\_\_\_\_ QF

Allocataire MSA\*  n° Allocataire\* \_\_\_\_\_ QF

## Autorisations

**Vous devez au moins mandater une personne différente du responsable légal pour récupérer votre enfant en votre absence\***

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, (nom) \_\_\_\_\_  
donne mandat à :

NOM	Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone
				1
				2
NOM	Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone
				1
				2
NOM	Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone
				1
				2

**Je décharge en conséquence le Centre Intercommunal d'Action Sociale Privas Centre Ardèche de toute responsabilité dès lors que l'enfant mentionné a été remis à l'une des personnes mentionnées. Je suis informé que je peux révoquer les mandats consentis au titre du présent formulaire à tout moment, la révocation devant être écrite et prenant effet le lendemain du jour où elle est reçue .**

Date :	Signature* :
--------	--------------

\* les champs ainsi mentionnés doivent impérativement être complétés, sans ces informations, le CIAS sera dans l'impossibilité de traiter votre demande

*"Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier papier et informatisé par le Centre Intercommunal d'Actions Sociales (CIAS) de la Communauté d'Agglomération Privas Centre Ardèche, situé 1 rue Serre du Serret 07000 Privas afin de traiter votre demande d'inscription à l'accueil de loisirs.*

*La base légale du traitement est l'obligation légale (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L227-4 du code de l'action sociale et des familles).*

*Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Les agents du service enfance/jeunesse du CIAS.*

*Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD), nous ne traiterons ou n'utiliserons vos données que dans la mesure où cela est nécessaire pour la continuité de nos services. Vos informations personnelles sont conservées pendant le temps nécessaire à la réalisation de l'objectif poursuivi, à moins que vous exercez votre droit de suppression ou si la durée de conservation doit être allongée en vertu d'une obligation légale ou réglementaire.*

*Pendant cette période, nous mettons tout en œuvre pour assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 applicable dès le 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation, de suppression et de portabilité de vos données en cas de motifs légitimes.*

*Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.*

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le CIAS à l'adresse suivante : [jeunesse@privas-centre-ardeche.fr](mailto:jeunesse@privas-centre-ardeche.fr) ou par téléphone au 04 75 64 07 07.*

*Le cas échéant, vous pouvez également contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse électronique suivante : [rgpd@numerian.fr](mailto:rgpd@numerian.fr).*

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits "Informatique et Libertés" ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*

## ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

#### 1 - ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	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

#### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui O non O MEDICAMENTEUSES oui O non O

ALIMENTAIRE oui O non O AUTRES .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

---

---

---

---

## 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

## 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

*Je soussigné ....., 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	Signature

## Coordinateur et organisateur du séjour :

**Centre Intercommunal d’Action Sociale Privas Centre Ardèche**  
**1 rue Serre du Serret**  
**BP 337**  
**07003 PRIVAS Cedex**

Tél. : 04 75 64 07 07

Document soumis au Règlement général sur la protection des données (RGPD).