



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 10-17 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 _____

Bénéficiaire de l'AEEH* oui non

Données Complémentaires*

(cocher si accord)

Autorisation de sport

oui non

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

Autorisation de prise de vue
(presse et internet)

Autorisation de maquillage

Autorisation de baignade

Autorisation à partir seul

Port de lunettes

Port d'un appareil dentaire

Port d'un appareil auditif

L'enfant sait-il nager

L'enfant fait-il de l'asthme

oui non

<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"/>
--------------------------	--------------------------

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

Nom d'usage*

Prénom*

Qualité*

Situation familiale*

Autorité Parentale

Oui

Non

Adresse *

Téléphone portable*

Téléphone professionnel

Téléphone domicile

Email*

_____@_____

Profession

Employeur

Adresse Employeur

Conjoint(e) (Père ou mère)

Civilité

Nom

Prénom

Qualité

Situation familiale

Autorité Parentale

Oui

Non

Adresse si différente du responsable légal

Téléphone portable

Téléphone professionnel

Téléphone domicile

Email

_____@_____

Profession

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 exerciez 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 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 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.

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

<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	<p>1 - ENFANT NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

 ALIMENTAIRE oui non 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