



# 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 2020

NOM

PRENOM

de l'enfant

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



**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

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

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

Autorise

N'autorise pas

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<sup>er</sup> 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.

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.

### **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**

**L'ENFANT**

**Sexe**  Féminin  Masculin

**Nom** .....

**Prénom** .....

**Date de Naissance** .....

**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**

**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·eur.

# AUTORISATION DE CAPTATION 2020

(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 2019** 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 .....

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



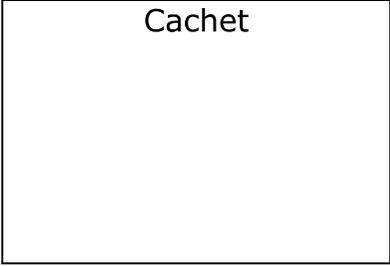
## Certificat de Vaccination

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 : \_\_\_\_\_

Cachet



Signature

