



SAINT LO AGGLO
101 rue Alexis de Tocqueville
CS 43708
50000 SAINT-LO
02 14 29 00 00

FICHE ADMINISTRATIVE & SANITAIRE
ACCUEIL DE LOISIRS

- DOCUMENTS NECESSAIRES**
- Copie de la carte d'identité des parents
 - Copie du livret de famille
 - Copie d'un justificatif de domicile de moins de 6 mois
 - Copie du carnet de santé (vaccinations)
 - Attestation d'assurance en responsabilité civile
 - Projet d'Accueil Individualisé

FAMILLE n°

ENFANT

Nom

Prénom

Date de naissance : Sexe : F M

Classe :

MERCI D'ECRIRE EN MAJUSCULE

REPRESENTANT 1 € (PAYEUR)

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

...../...../.....

Courriel :

REPRESENTANT 2 € (PAYEUR)

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

...../...../.....

Courriel :

Profession :

Employeur :

Profession :

Employeur :

Nom & Prénom et adresse de la personne à qui adresser la facturation (si différente de l'adresse familiale) :

.....

.....

Compagnie d'assurance :

N° de police du contrat :

Date du contrat :

ALLOCATION

CAF Manche CAF hors département MSA

N° d'allocataire :

Quotient familial :

En l'absence de n° allocataire, 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


ENFANT

Nom
 Prénom
 Date de naissance : Sexe : F M

SCOLARISATION

Nom de l'Ecole : Adresse
 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)

DTP POLIO : date de la dernière injection :
 J'atteste que mon enfant est à jour de ses vaccins

SIESTE

Ne fait pas la sieste fait la sieste
 fait la sieste uniquement si fatigué

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
 (Cf. règlement intérieur de la structure choisie)
 - autorise mon enfant à participer à toutes les activités extérieures de l'ACM (ALSH, Espace Jeunes, Accueil de Jeunes)
 (toute sortie fera l'objet d'une information supplémentaire)
 - autorise mon enfant à participer aux activités aquatiques
 - autorise mon enfant à être transporté dans un véhicule du service et/ou tout autre transport lié à l'ACM.
 - autorise la direction Enfance Jeunesse à utiliser l'image fixe ou mobile, ou enregistrement sonore de mon enfant pour ses publications : brochure, panneaux, affiches, site internet, presse.
 - 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.
 - autorise, pour faciliter la transmission d'informations liés à l'accueil, la direction de l'ACM à m'envoyer des sms et/ou mail
 - autorise la direction de l'ACM à consulter mon dossier CAF (CDAP) 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)

2019-2020

Le :
 Signature :

2020-2021

Le :
 Signature :

2021-2022

Le :
 Signature :

2022-2023

Le :
 Signature :

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

Le Pôle ENFANCE – JEUNESSE & SPORT (PEJS) de SAINT LO AGGLO représenté par le Président de Saint-Lô Agglo, responsable du traitement, dispose de moyens informatiques destinés à :

- gérer les inscriptions de vos enfants aux structures gérés par Saint-Lô Agglo,
- 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 concernées et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : le personnel des services du pôle ENFANCE - JEUNESSE & SPORT (PEJS),

- 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 pôle PEJS 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, ou du droit de s'opposer au traitement et du droit à la portabilité des données,

Pour faire valoir ces droits, vous pouvez contacter l'un des services du pôle EJS par téléphone au 02 14 16 30 00 ou par mail à poleenfancejeunessesports@saint-lo-agglo.fr.

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**