



FICHE DE RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELLE ANNÉE 2022-2023

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :
 Né(e) le : à Sexe: Féminin Masculin
 École : Classe :

FAMILLE

Nom du représentant légal 1: **Prénom du représentant légal 1 :**
 Adresse :
 Ville : Quartier :
 Tél Portable : Date de naissance: Mail :

Nom du représentant légal 2: **Prénom du représentant légal 2:**
 Adresse :
 Ville : Quartier :
 Tél Portable : Date de naissance : Mail :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

NOM Prénom	Lien avec l'enfant	Numéro de téléphone

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

➤ Mon enfant a son carnet de vaccination à jour OUI * NON

➤ L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour OUI * NON

*Si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîte dans leur emballage d'origine avec notice, marquée au nom de l'enfant)

➤ L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier OUI * NON

*Si oui sans viande sans porc VÉGÉTARIEN AUTRE : précisez.....

➤ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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

➤ L'enfant a-t-il des allergies ?
 ALIMENTAIRES
 MÉDICAMENTEUSES
 AUTRES Précisez :

➤ L'enfant a-t-il de l'asthme ? OUI NON

➤ Indiquez ici les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc.....) en précisant les dates et précautions à prendre

➤ **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte –t-il des lunettes, lentilles, appareils dentaires, prothèses auditives etc ??

➤ **CERTIFICAT MÉDICAL :** Ce dernier a une validité de 1 an et devra être fourni si votre enfant souffre d'allergies, possède un handicap ou suit un régime particulier (PAI). Il est également obligatoire dans le cadre d'activités physiques et sportives spécifiques dont la pratique vous sera communiquée par la direction pédagogique.

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

N° Allocataire CAF : Quotient Familial (réservé au Secrétariat) :

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) , responsable légal :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1 - Autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités proposées par le centre de Loisirs EOLE : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 2- Autorise que mon enfant utilise tous les moyens de transport jugés utiles par le centre de Loisirs : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 3- Autorise mon enfant à venir et rentrer en navette du centre de loisirs: | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 4- Autorise mon enfant à rentrer seul quand la navette l'a déposé à l'adresse indiquée: | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 5- Autorise mon enfant à rentrer seul après l'accueil périscolaire ou extrascolaire à partir de 17h : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 6- Autorise l'association à collecter, traiter et conserver mes données personnelles et celles concernant mon enfant dans le cadre du dossier d'inscription, dans le strict respect du règlement européen sur la protection des données personnelles: | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 7- Autorise l'association EOLE à la prise de photos, et/ou vidéos de mon enfant, et à leur utilisation dans cadre d'activités organisées par le centre de loisirs, et à leur diffusion sur le site internet de l'association ainsi que sur les réseaux sociaux de celle ci: | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

LA NAVETTE

La navette de l'association permet aux parents sans moyens de locomotion ou avec des horaires de travail qui ne correspondent pas à celles de centre de loisirs de ramener leurs enfants. La navette débute à 8H et finit à 9H le matin et débute à 17H et finit à 18H le soir. La navette est uniquement SUR INSCRIPTION.

Merci d'indiquer ci-dessous l'adresse EXACTE à laquelle nous devons déposer vos enfants ainsi que les indications précises pour récupérer votre enfant (Interphone ? Téléphone portable, fixe ? Les enfants ont-ils les clefs ?...)

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

DOCUMENTS OBLIGATOIRES

En inscrivant mon enfant au centre de loisirs ou à l'accueil périscolaire de l'association EOLE, je m'engage à fournir OBLIGATOIREMENT les documents suivants :

- ✓ Copie du carnet de vaccination de l'enfant
- ✓ Copie de l'attestation d'assurance Extra-scolaire de l'année scolaire en cours
- ✓ Copie de l'attestation du quotient familial du foyer de l'enfant (sans cela nous facturons au quotient le plus haut)

Sans ces documents nous ne pourrons pas accueillir votre enfant.

Je soussigné(e),.....responsable de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche de renseignements 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.

Je reconnais avoir pris connaissance de la fiche de consentement pour la collecte, le traitement et la conservation de mes données personnelles par l'association EOLE conformément à la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles (RGPD)et renseigné la partie « consentement »de la présente fiche d'inscription.

Je reconnais également avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association EOLE et accepte toutes ces conditions pour l'accueil de mon enfant.

Fait leà.....

SIGNATURE