

# TOUSSAINT 2024

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Liste des documents à fournir pour la constitution du dossier :

- Attestation de responsabilité civile
- Photocopie du carnet de vaccination
- Feuille Aide au Temps Libre 2024 (feuille verte) ou dernier avis d'imposition
- Fiche sanitaire REMPLIE et SIGNÉE

### ATTENTION :

**- TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ**  
**- SANS LA FEUILLE AIDE AU TEMPS LIBRE 2024 L'AIDE NE POURRA PAS VOUS ETRE DÉDUITE**

Enfant : .....  
(nom et prénom)  
Date de naissance : ..... Âge : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : .....  
(du domicile du ou des parents)  
Mail : .....  
N° CAF : .....  
Coefficient CAF : .....

|                                      | SEMAINE (avec cantine) | GARDERIE      |               |
|--------------------------------------|------------------------|---------------|---------------|
|                                      |                        | MATIN         | SOIR          |
|                                      |                        | 07h30 à 08h45 | 17h15 à 18h15 |
| SEMAINE 1<br>du 21.10.24 au 25.10.24 |                        |               |               |
| SEMAINE 2<br>du 28.10.24 au 31.10.24 |                        |               |               |

## RESPONSABLES DE L'ENFANT

**PERE** nom prénom : .....  
adresse : .....  
.....  
tél. portable : .....  
profession : .....  
tel. pro. : .....  
n° sécu. sociale : .....  
(ou autre assurance, spécifiez)

**MERE** nom prénom : .....  
adresse : .....  
.....  
tél. portable : .....  
profession : .....  
tel. pro. : .....  
n° sécu. sociale : .....

## AUTORISATION PARENTALE

**Départ de l'enfant :**  Mon enfant de plus de 8 ans repart seul  
*(plusieurs choix possibles)*  Je viens chercher mon enfant  
 Une tierce personne vient chercher mon enfant

### Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Nom : ..... Prénom : ..... tel : .....  
Nom : ..... Prénom : ..... tel : .....  
Nom : ..... Prénom : ..... tel : .....

### Sortie des enfants de moins de 8 ans

Nous autorisons notre enfant à rentrer à la maison, après le fonctionnement du centre, que s'il est accompagné de toute autre personne pour laquelle nous nous engageons à faire connaître l'identité auparavant à l'équipe d'animation. Le centre se réserve le droit de demander une pièce d'identité à toute personne venant chercher l'enfant.

Y-a-t-il une personne interdite de visite ?  OUI  NON

Si oui, nom : ..... prénom : .....

(Merci de joindre la copie de décision de justice)

**L'inscription au centre de loisirs implique pour chacun, l'engagement de participer à la vie collective, aux services et activités prévus au programme\*.**

Je soussigné(e), père, mère, tuteur (cocher les cases)

- Déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du centre ainsi que les modalités de paiement de l'accueil et séjours
- Déclare accepter de respecter les horaires de fermeture du centre (max 18h15)
- Déclare avoir compris que toute inscription parvenue hors délai sera traitée en fonction des possibilités du service
- Déclare avoir pris connaissance des modalités d'annulation : l'absence pour maladie peut être déduite du coût du centre sous réserve d'adresser un certificat médical huit jours au plus tard après le ou les jours d'absences et sera traitée dans un délai d'un mois suivant la fin d'activité
- Autorise le centre à prendre des photos de moi-même ou de mon enfant pendant un temps d'animation et à les diffuser gratuitement dans les journaux locaux, panneaux d'affichage, blog et Facebook de l'ESL.
- Autorise les responsables à présenter mon enfant à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser au centre les avances des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Fait à ..... le .....  
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations médicales utiles pendant le Centre de loisirs. Elle évite de vous démunir du carnet de santé de l'enfant.

### 1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ SEXE : FILLE  GARÇON   
PRÉNOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

### 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| RUBÉOLE    |                          |                              | VARICELLE |                          |                              | ANGINES  |                          |                              | RHUMATISMES |                          |                              | SCARLATINE |                          |                              |
|------------|--------------------------|------------------------------|-----------|--------------------------|------------------------------|----------|--------------------------|------------------------------|-------------|--------------------------|------------------------------|------------|--------------------------|------------------------------|
| 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"/> | OUI <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE |                          |                              | OTITES    |                          |                              | HÉPATITE |                          |                              | ROUGEOLE    |                          |                              | OREILLONS  |                          |                              |
| 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"/> | OUI <input type="checkbox"/> |

### ALLERGIES

ASTHME : OUI  NON  MÉDICAMENTEUSE : OUI  NON

ALIMENTAIRE : OUI  NON  autre : .....

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

Difficultés de santé à signaler : .....

.....

### TRAITEMENT MÉDICAL

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL ? OUI  NON

Si oui, joindre l'ordonnance 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.**

### 3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES LENTILLES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, etc ?

Précisez : .....

VOTRE ENFANT SAIT NAGER : OUI  NON

(NB : Les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre la poliomyélite)

### 4 - PRISE EN CHARGE PARTICULIÈRE

VOTRE ENFANT DOIT-IL BÉNÉFICIER D'UNE PRISE EN CHARGE PARTICULIÈRE ?

OUI  NON

Si oui, n'hésitez pas à demander un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) à l'accueil de l'ESL.

Ce document doit être complété et signé par votre médecin.

### 5-RESPONSABLE DE L'ENFANT PENDANT LE CENTRE DE LOISIRS

NOM : ..... PRÉNOM : .....  
ADRESSE : .....  
TEL. PORTABLE : ..... TEL. TRAVAIL : .....  
NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT : .....  
HOPITAL EN CAS D'URGENCE (si possible) : ..... TEL : .....  
EN CAS D'URGENCE ET SI JE NE SUIS PAS JOIGNABLE, JOINDRE :  
Mr / Mme..... TEL : .....

Je soussigné(e) ..... responsable de l'enfant. ....  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à

le

SIGNATURE

- Dans le cadre de la **RGPD** : Règlement Général sur la Protection des Données, merci de lire les règles inhérentes à ce dispositif :
- Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement destiné à l'ESL, pour mieux communiquer et informer sur le fonctionnement du Centre.
- La durée de conservation est de 12 mois (septembre à août).
- Vous bénéficiez d'un droit d'accès de rectification, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement.
- Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à l'accueil de l'ESL au 03.61.51.00.12 ou par mail à [secretariat@espacesociocultureldelalys.com](mailto:secretariat@espacesociocultureldelalys.com)
- Vous avez l'autorisation d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.