

RESPONSABLE LEGAL N°1 Chez qui vit l'enfant

Père Mère Tuteur

Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e) Seul(e) Veuf(ve) N° Allocataire CAF de l'Ain : _____

Nom et prénom* : _____

Adresse* : _____ Code Postal et Ville* : _____ Tél. domicile : _____

Portable* : _____ Tél. professionnel : _____ Mail* : _____

RESPONSABLE LEGAL N°2

Père Mère Tuteur

Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e) Seul(e) Veuf(ve) N° Allocataire CAF de l'Ain : _____

Nom et prénom* : _____

Adresse* : _____ Code Postal et Ville* : _____ Tél. domicile : _____

Portable* : _____ Tél. professionnel : _____ Mail* : _____

ENFANTS A INSCRIRE

NOM Prénom	Sexe (M/F)	Date de naissance
1.		
2.		
3.		
4.		

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) (**NOM Prénom**) _____ :

- ✓ Certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à mettre à jour si nécessaire mes informations sur le Portail Famille,
- ✓ M'engage à être à jour de cotisation d'assurance de responsabilité civile pour chacun de mes enfants,
- ✓ Autorise la commune à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant suivant les prescriptions du médecin,
- ✓ Accepte de recevoir des sms ou mails les infos nécessaires au bon fonctionnement du service,

Autorise la prise de photos et de vidéos de mes enfants dans le cadre de nos activités (**pour le journal, le site internet de la mairie, plaquettes, bulletins et l'affichage à l'accueil de loisirs**)
 OUI NON

Autorise la Caisse d'Allocations Familiales de l'Ain à transmettre au Service Actions Educatives de la mairie de Viriat, les informations nécessaires pour déterminer les tarifs appliqués aux accueils de loisirs (périscolaire, accueil de loisirs, VIP ados). Cette autorisation vous dispense de fournir l'attestation papier. Conformément à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 06 janvier 1978, vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir l'attestation du quotient familial la plus récente. A défaut, le tarif le plus élevé sera appliqué.
 OUI NON

✓ Autorise les personnes ci-dessous à récupérer mes enfants :

NOM Prénom	Relation	N° téléphone
1.		
2.		
3.		

Les informations recueillies sur cette fiche sont enregistrées dans un fichier informatisé par le service Actions Educatives et Affaires Scolaires de la mairie de Viriat.
 Les données collectées seront communiquées entre les différents secteurs du service Enfance Jeunesse (périscolaire, VIP ADOS, centre de loisirs...). Le service s'engage à se conformer aux obligations lui incombant en vertu des réglementations suscitées et, particulièrement, du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).
 Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez la 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 protectiondonnees@grandbourg.fr

Date et Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON – Remplir une fiche par enfant



Arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs

NOM du mineur : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Sexe : Masculin Féminin

École : Publique Privée à Viriat Autres Niveau scolaire : _____

1/ VACCINATION

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination.

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des derniers rappels	VACCINATIONS RECOMMANDÉES	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
ou DT Polio				Hépatite B	
ou Tétracoq				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

2/ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 administré sans ordonnance.

Allergies :
Alimentaires ? Oui Non _____
Médicamenteuses ? Oui Non _____
Autres (animaux, plantes, pollen...) ? Oui Non préciser _____

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé ? Oui Non

Si oui, précautions à prendre : _____

En cas de régime alimentaire, préciser : Sans viande Sans porc
Autres ? _____

3/ RECOMMANDATIONS UTILES

Port de lunettes, lentilles, appareil dentaire, auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie...

NOM du médecin traitant : _____ Tél : _____

4/ RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e) : _____ ;

Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires selon l'état de santé du mineur.

Date et Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON – Remplir une fiche par enfant



Arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs

NOM du mineur : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Sexe : Masculin Féminin

École : Publique Privée à Viriat Autres Niveau scolaire : _____

1/ VACCINATION

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination.

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des derniers rappels	VACCINATIONS RECOMMANDÉES	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
ou DT Polio				Hépatite B	
ou Tétracoq				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

2/ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 administré sans ordonnance.

Allergies :
Alimentaires ? Oui Non _____
Médicamenteuses ? Oui Non _____
Autres (animaux, plantes, pollen...) ? Oui Non préciser _____

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé ? Oui Non

Si oui, précautions à prendre : _____

En cas de régime alimentaire, préciser : Sans viande Sans porc
Autres ? _____

3/ RECOMMANDATIONS UTILES

Port de lunettes, lentilles, appareil dentaire, auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie...

NOM du médecin traitant : _____ Tél : _____

4/ RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e) : _____ ;

Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires selon l'état de santé du mineur.

Date et Signature :