

FICHE D'INSCRIPTION

SECTEUR JEUNESSE

Accueil de Loisirs Sans Hébergement
du CENTRE SOCIAL DU ROUSSILLONNAIS
DU 30 AOUT 2021 AU 28 AOUT 2022

Je soussigné(e)

.....

Adresse mail :

Responsable de l'enfant :

Né le

N°allocataire : Quotient familial :

Nom de l'école fréquentée (2021/2022).....

Classe fréquentée (2021/2022).....

- l'inscrit et l'autorise à participer aux activités programmées par le secteur jeunesse du Centre Social du Roussillonnais.

- l'autorise à quitter le Centre Social ou Ados'Cité seul pour rentrer à son domicile :

OUI

NON

- l'autorise à repartir à la fin des activités avec :

M. ou Mme

.....

- Pour le soin des « bobos et des petits maux » j'autorise la responsable à administrer de l'homéopathie à mon enfant.

OUI

NON

- J'autorise la Direction du Centre de Loisirs à prendre toute décision en cas d'urgence médicale concernant la santé de l'enfant susnommé.

OUI

NON

- J'autorise le cas échéant les équipes médicales à pratiquer toute intervention nécessaire à l'état de mon enfant :

OUI

NON

- J'autorise le Centre de Loisirs à prendre des photos de mon enfant susnommé et à les utiliser lors de présentation de l'activité.

OUI

NON

BAIGNADE AUTORISEE :

OUI

NON

REGIME ALIMENTAIRE ET/OU ALLERGIES :

.....

J'informerai la Direction du CLSH en cas de changement.

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

Depuis le 25 mai 2018, le nouveau règlement européen a pour vocation de mieux protéger vos données, de renforcer vos droits et vous donner davantage de contrôle sur vos données personnelles.

En complétant ce formulaire, vous acceptez la collecte, la mémorisation et l'utilisation de vos données personnelles afin d'assurer la communication entre nous, un accueil optimal de votre enfant et la gestion administrative de votre dossier.

Nous nous engageons à ne pas divulguer ces données à d'autres structures à l'exception de la Caf.

Vos données seront conservées pendant 3 ans et vous pouvez à tout moment bénéficier d'un droit d'accès et de rectification à ces informations en vous adressant à l'accueil du centre social. Ces données seront ensuite détruites.

Fait à Roussillon, le

Porter la mention manuscrite : « Lu et approuvé ».

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Coqueluche | |
| Tétanos | | | | Haemophilus | |
| Poliomyélite | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| | | | | Hépatite B | |
| | | | | Pneumocoque | |
| | | | | BCG | |
| | | | | Autres (préciser) | |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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
 Précisez

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, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :
 TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
 TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :
 TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
 TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, 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 rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :