



DOSSIER ENFANCE

Accueil Périscolaire (AP)/ Restauration Scolaire (RS) / Accueil Collectif de Mineurs (ACM)

FAMILLE

Responsable(s) légal(aux) de(s) enfant(s)* Père Mère
***pour les Familles d'accueil, merci de bien vouloir remplir la fiche sanitaire**

Nom et prénom de la mère (ou conjoint) :

Nom et prénom du père (ou conjoint) :

.....

.....

Adresse :

Adresse :

.....

.....

Code postal et ville :

Code postal et ville :

.....

.....

☎ Domicile :

☎ Domicile :

☎ Portable :

☎ Portable :

☎ Professionnel :

☎ Professionnel :

Email :

Email :

Situation familiale :

- Marié Pacsé Vie maritale Veuf Célibataire
- Divorcé Garde alternée

Régime allocataire : CAF : N° MSA : N°

AUTORISATION

Je soussigné(e), responsable légal de(s) l'enfant(s), certifie exacts les renseignements portés sur ce dossier et **AUTORISE** :

☞ Mon(mes) enfants à partir seul(s) de l'ACM ou de l'AP OUI NON
Si OUI seule la responsabilité des parents est engagée

☞ Les personnes suivantes à récupérer mon(mes) enfant(s) :

Nom-Prénom : ☎ : Lien de parenté :

Nom-Prénom : ☎ : Lien de parenté :

Nom-Prénom : ☎ : Lien de parenté :

Nom-Prénom : ☎ : Lien de parenté :

☞ En cas d'urgence, la direction de la structure à prévenir les secours qui prendront toutes les mesures utiles et feront procéder en actes, traitements médicaux et chirurgicaux nécessaires à la santé de mon(mes) enfants

☞ Mon(mes) enfant(s) à participer à toutes les activités y compris piscine, baignade, vélo, sortie quel que soit le transport utilisé, ceci pour toutes les présences de ce(s) dernier(s)

☞ La commune de Saint Didier sur Chalaronne à consulter exclusivement mon quotient familial par l'intermédiaire du service CDAP de la CAF



ENFANT(S)

Nom et Prénom :

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Date de naissance :

Sexe : F M

Sexe : F M

Ecole :

Ecole :

Suit-il un traitement médical* : OUI NON

Suit-il un traitement médical* : OUI NON

Est-il allergique* : OUI NON

Est-il allergique* : OUI NON

Nom et Prénom :

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Date de naissance :

Sexe : F M

Sexe : F M

Ecole :

Ecole :

Suit-il un traitement médical* : OUI NON

Suit-il un traitement médical* : OUI NON

Est-il allergique* : OUI NON

Est-il allergique* : OUI NON

***Si OUI merci de bien vouloir compléter la fiche sanitaire de liaison et fournir les documents nécessaires**

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS

Nom-Prénom : ☎ : Lien de parenté :

Nom-Prénom : ☎ : Lien de parenté :

Je soussigné(e), responsable légal de(s) l'enfant(s),

ATTESTE sur l'honneur :

- ☞ Avoir autorité nécessaire pour inscrire mon(mes) enfant(s)
- ☞ Avoir pris connaissance du règlement intérieur et du Projet pédagogique

Date :

Signature

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au Pôle Scolaire et Animation ainsi qu'aux services de la Mairie de Saint Didier sur Chalaronne. Les destinataires des données sont la responsable du Pôle, les direction et direction-adjointe de l'ACM/AP/RS, le service comptabilité et, si nécessaire, le service social de la collectivité. Ces informations sont strictement confidentielles (loi RGPD)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (1 par enfant)

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : F M

Si vous le souhaitez, vous pouvez indiquer les coordonnées du professionnel accompagnant votre famille ou votre enfant :

- Assistante sociale Nom : ☎ :
- Educateur spécialisé Nom : ☎ :
- Famille d'accueil Nom : ☎ :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant : ☎ :

Mon enfant :

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| Suit un traitement médical | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Préciser : |
| A une allergie alimentaire | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Préciser : |
| A une allergie médicamenteuse | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Préciser : |
| A un autre souci de santé | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Préciser : |
| Régime alimentaire | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Préciser : |
| Dispose d'un dossier MDPH | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Fournir la photocopie du document |
| Dispose de l'AEEH | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Fournir la photocopie du document |
| Est vacciné | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Fournir la photocopie du carnet de santé |

La santé de mon enfant nécessite un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) Non Oui

Fournir le document

ACCUEIL ENFANT

Vous pouvez noter ci-dessous tous les renseignements nécessaires pour le bien-être de votre enfant :

.....

.....

.....

Je soussigné(e), responsable légal de(s) l'enfant(s),

ATTESTE sur l'honneur :

↳ L'exactitude des renseignements portés sur le document

Date :

Signature

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) , responsable légal de(s) l'enfant(s) :

Nom et Prénom :

Nom et Prénom :

.....

.....

Nom et Prénom :

Nom et Prénom :

.....

.....

AUTORISE

N'AUTORISE PAS

La commune de Saint Didier sur Chalaronne à photographier ou à filmer mon(mes) enfant(s) présent(s) sur toutes les structures enfance et jeunesse (ACM/AP/RS) et les services de la collectivité.

A utiliser ces photos ou films sur tout support d'information relatif à la promotion des activités des structures concernées dont la page Facebook et le site internet de Saint Didier sur Chalaronne, ainsi que la presse.

La publication ou la diffusion de l'image de mon(mes) enfant(s), ne devra pas porter atteinte à sa dignité, à sa vie privée ou à sa réputation.

Ces données ne seront ni cédées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages. J'accorde cette autorisation à titre gracieux.

La présente autorisation est consentie pour une année scolaire, du 1^{er} septembre au 31 août. Elle est valable pour tous les événements auxquels mon(mes) enfant(s) participera(ont).

Elle devra être resignée chaque année où mon(mes) enfant(s) fréquentera(ont) les structures.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui concernent mon(mes) enfant(s) est garanti.

- article 39 bis de la loi du 29 juillet 1881 sur la protection des mineurs et la liberté de la presse ;
- article 227-23 du Code Pénal sur l'interdiction de représenter des personnes mineures ;
- article 9 du Code Civil ;

Je pourrai donc à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et je dispose d'un droit de retrait si je le juge utile.

Conformément au Règlement Général pour la Protection des Données (« RGPD ») du 27 avril 2016 et à la loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, à l'effacement, à la limitation, à la portabilité ainsi qu'à opposition en contactant le référent RGPD de la Communes de Saint Didier sur Chalaronne 04.74.69.73.37.

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL en cas de méconnaissance des dispositions susvisées.

Date :

Signature

Précédée de la mention "Lu et approuvée"