

Dossier Unique d'Inscription Accueil de Loisirs

I/ Renseignements concernant le foyer

- **Responsable 1 :**

Monsieur Madame Nom : _____ Prénom : _____

Autorité parentale : oui non

Situation familiale : marié(e) pacsé(e) concubinage célibataire divorcé(e) veuf(ve)

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone professionnel : _____

Adresse mail : _____

- **Responsable 2 :**

Monsieur Madame Nom : _____ Prénom : _____

Autorité parentale : oui non

Situation familiale : marié(e) pacsé(e) concubinage célibataire divorcé(e) veuf(ve)

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone professionnel : _____

Adresse mail : _____

- **Autre représentant :**

Tuteur Famille d'accueil

Mme – M / Organisme : _____

Nom – Prénom / Personne référente : _____

Autorité parentale : oui non

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone professionnel : _____

Adresse mail : _____

II/ Renseignements concernant l'enfant

- **Enfant :**

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : Fille Garçon

Date de naissance : _____

Classe fréquentée à la rentrée scolaire **2024-2025** : _____

J'autorise les prises de vues et l'utilisation des images de mon enfant - à titre gracieux - par la commune de la Chapelle Saint Aubin : Oui Non

J'autorise mon enfant à rentrer seul (que pour les élémentaires) : Oui Non

- **Personnes autorisées à venir chercher mon enfant et/ou à prévenir en cas d'urgence** (autre que le responsable 1, le responsable 2 ou autre représentant)

| NOM | Prénom | Qualité (grand-parent, frère...) | Numéro de téléphone | |
|-----|--------|----------------------------------|---------------------|---|
| | | | | <input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence |
| | | | | <input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence |
| | | | | <input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence |
| | | | | <input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence |
| | | | | <input type="radio"/> Autorisé(e) à venir chercher l'enfant <input type="radio"/> A appeler en cas d'urgence |

Sans cette autorisation nominative, votre enfant ne sera remis à aucune autre personne.

- **Renseignements sanitaires**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

Nom du médecin traitant de l'enfant : _____

Téléphone : _____

1) Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA COPIE DU CARNET DE SANTE

| VACCINS OBLIGATOIRES | Dates des derniers rappels | VACCINS RECOMMANDÉS | Date des derniers rappels |
|--|----------------------------|---------------------|---------------------------|
| Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DTP) | | BCG | |
| Coqueluche * | | Autres (précisez) | |
| Haemophilus Influenzae de type b (HIB) * | | | |
| Hépatite B * | | | |
| Pneumocoque * | | | |
| Méningocoque C * | | | |
| Rougeole-Oreillons-Rubéole * | | | |

Les vaccins suivis d'un astérisque sont obligatoires pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018. Ils sont recommandés pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018.

2) Recommandations utiles

L'enfant porte-t-il :

- Des lunettes ou lentilles ?
- Des appareils auditifs ?
- Des aérateurs Trans tympaniques (« yo-yo ») ?
- Des appareils dentaires ?
- Autre, préciser : _____

3) Renseignements médicaux concernant l'enfant

- 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

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

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| Rubéole <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Varicelle <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Angine <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Rhumatisme articulaire aigu <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Scarlatine <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| Coqueluche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Otite <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Rougeole <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Oreillons <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | |

▪ *L'enfant a-t-il des allergies ?*

Asthme oui non

Alimentaires oui non lesquelles : _____

Médicamenteuses oui non lesquelles : _____

Autres oui non lesquelles : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre l'ordonnance et le PAI) :

▪ *L'enfant a-t-il un régime alimentaire sans porc ?* oui non

▪ *L'enfant a-t-il un régime alimentaire sans viande ?* oui non

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

déclare exacts tous les renseignements et informations mentionnés ci-dessus et autorise la collectivité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je certifie avoir pris connaissance de la présentation des temps municipaux, du restaurant scolaire et de l'étude surveillée et je m'engage à ce que mon enfant respecte ces règlements.

Date :

Signature :

(Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, dite « Informatique et libertés », modifiée et Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, dit Règlement Général sur la Protection des Données – RGPD)

En remplissant ce formulaire remis à la Commune de La Chapelle Saint Aubin, vous autorisez la collecte de Données à Caractère Personnel (DCP) vous concernant/concernant votre enfant et leur utilisation dans le cadre de la gestion de la restauration scolaire et des activités périscolaires mises en place par la commune et de l'accès au portail famille.

Le traitement de ces DCP, effectué sur la base de votre consentement, est nécessaire pour assurer ces services dans les meilleures conditions (inscription, organisation des activités, contact en cas de besoin, facturation,...).

Ces DCP seront conservées par la Commune le temps nécessaire pour atteindre la (les) finalité(s) de ce traitement.

Sauf disposition législative, réglementaire ou décision de justice contraire, l'accès à ces DCP sera restreint aux personnes habilités à traiter ces données et le cas échéant aux prestataires techniques dans le respect de la réglementation. En aucun cas, elles ne seront transmises à d'autres tiers.

Il est rappelé que dans le cadre du traitement de ces DCP, et conformément aux dispositions du RGPD, vous disposez des droits suivants dans les conditions précisées par ce règlement :

-Droit d'accès aux données, de portabilité-de rectification ou d'effacement de ces données,

-Droit à la limitation du traitement de ces données ou d'opposition à ce traitement.

Pour exercer ces droits ou pour formuler toute autre demande concernant le traitement de ces DCP, vous pouvez contacter par écrit (courrier ou mail), accompagné d'un justificatif d'identité, le responsable du traitement à l'adresse suivante : Mairie, 2, rue de l'Europe 72650 La Chapelle Saint Aubin - Tél. 02 43 47 62 70 - Mail accueil@lachapellesaintaubin.fr et/ou au Délégué à la Protection des Données désigné par la Commune, Agence des Territoires de la Sarthe – Atesart - mail : dpo@sarthe.fr.

Vous pouvez également, si vous le jugez nécessaire, prendre contact avec l'autorité de contrôle compétente à l'adresse suivante : contact@cnil.fr

Dans le cadre du traitement de ces DCP, sont prises toutes les mesures techniques, organisationnelles et de sécurité appropriées contre tout accès non autorisé, altération, divulgation, destruction et perte de ces données

Je reconnais avoir pris connaissance de ces informations et accepte que mes données soient utilisées aux fins décrites dans le présent texte.

Date

Signature