

## Dossier 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 : \_\_\_\_\_

N° allocataire CAF ou MSA : \_\_\_\_\_

#### • 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 : \_\_\_\_\_

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 :  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<sup>er</sup> janvier 2018. Ils sont recommandés pour les enfants nés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018.*

**2) Recommandations utiles**

L'enfant porte-t-il :

- Des lunettes ou lentilles ?
- Des appareils auditifs ?
- Des aérateurs transtympaniques (« 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) :

---

---

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 prends connaissance que le responsable de l'activité prendra les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale pour mon (mes) enfant(s).

Je prends connaissance que des sorties nécessitant un déplacement sont susceptibles d'être organisées dans le cadre des activités périscolaires.

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, 17, rue de l'Europe 72650 La Chapelle Saint Aubin - Tél. 02 43 47 62 70 - Mail [accueil@lachapellesaintaubin.fr](mailto: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](mailto: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](mailto: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