

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET FICHE SANITAIRE

LES FRANCAS DU DOUBS



SITE DE FRANCAS FESCHES LE CHATEL

1 bis rue des Ecoles 25490 FESCHES LE CHATEL

Tél :

e.mail : fescheslechatel.cdl@francas-doubs.fr

I RENSEIGNEMENTS

Nom, prénom de l'enfant Né(e) le :

Ecole : Enseignant : Classe

Lieu d'accueil (pour les multisites) :

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
Profession :				

N° Allocataire Régime social :
C.A.F. d'appartenance : CAF DU DOUBS MSA de Franche-Comté Autre C.A.F.

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

Autorisations :

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités OUI NON

L'enfant sait-il nager ? OUI NON Piscine autorisée : OUI NON

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives. OUI NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...) OUI NON

Conformément à l'article L222-4 de la loi du 17 juillet 2001, nous informons les parents de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance pour leurs enfants couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquelles ils participent

Compagnie d'assurance N°Téléphone N°Contrat :

II INFORMATIONS SANITAIRES :

Régime alimentaire Date de dernière mise à jour du carnet de santé

Allergies :

L'enfant possède-t-il un PAI OUI NON (si oui joindre une photocopie du PAI ou un justificatif médical)

Médecin traitant Nom : **Téléphone**

Adresse :

Je certifie que la vaccination de mon enfant est à jour.
Je dois fournir un justificatif (photocopie du carnet de santé ou certificat médical) sur le portail ou en main propre.
Sans pièces justificatives votre enfant ne sera pas admis au centre.

L'enfant est-il en situation de handicap OUI (avec allocation AEEH) OUI (sans allocation AEEH) NON

L'usager suit-il un traitement médical ? OUI NON

Recommandations utiles (lunettes, autre....) :
.....
.....

Certifications et autorisations parentales :

Ayant pris connaissance des conditions de fonctionnement du centre de loisirs périscolaire, je soussigné, responsable légal de l'enfant inscrit :

- 1) autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs,
- 2) certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- 3) décharge les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement du centre de loisirs périscolaire,
- 4) autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale,
- 5) dégage l'association de toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objets personnels (vêtements, bijoux...)
- 6) certifie avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur joint ainsi que les conditions d'utilisations.

Réglementation RGPD : (Réglementation Générale sur la Protection des Données)

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'association des Francas du Doubs, le temps des loisirs pour l'inscription de votre (vos) enfant(s) dans une de nos structures d'accueil et qui constitue la base légale du traitement des informations personnelles. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : CAF du Doubs, services de gestion administrative des Francas du Doubs, le temps des loisirs et potentiellement les collectivités partenaires. (Commune, services de l'état, SDJES, EPCI, conseil départemental, conseil régional) Les données sont conservées pendant la durée de présence de votre (vos) enfant(s) dans une de nos structures et pendant 5 ans dans le cadre de la justification de la réalité de l'activité auprès des financeurs et des autorités de tutelle. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour toutes questions ou informations complémentaires, vous pouvez envoyer une demande à l'adresse suivante : delegation-departementale@francas-doubs.fr

Fait à, le **Signature :**