FICHE DE RENSEIGNEMENTS

A remplir une fois par an

Nom de l'enfant : .....
Prénom de l'enfant : .....
Date de naissance : .....
Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Ecole : .....
Classe (***en sept 2024***) : .....

Autorisation d'intervention médicale : ☐ Oui ☐ Non

Personnes à prévenir en cas d'accident		Personnes habilitées à récupérer l'enfant
Nom :	Tél :	
Nom :	Tél :	
Nom :	Tél :	

Mail : .....@.....

Nombre d'enfant à charge – de 20 ans de la famille : …….. **Souhaitez-vous recevoir vos factures par mail ? OUI** ☐ NON ☐

TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE 1 : *lien de parenté avec l'enfant : père / mère / beau-père / belle-mère / autre*

Nom : …….. **Prénom : ……** **Né.e le : ……..**

Adresse complète : ……
Tél. portable : I__I__I I__I__I I__I__I I__I__I I__I__I Tél professionnel : I__I__I I__I__I I__I__I I__I__I I__I__I
N° de sécurité sociale : I__I I__I__I I__I__I I__I__I I__I__I__I I__I__I__I Clé : I__I__I Centre de sécu : ……..
Régime allocataire : ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre : …… **N° allocataire :**……

TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE 2 : *lien de parenté avec l'enfant : père / mère / beau-père / belle-mère / autre*

Nom : …….. **Prénom : ……** **Né.e le : ……..**

Adresse complète : ……
Tél. portable: I__I__I I__I__I I__I__I I__I__I I__I__I Tél professionnel : I__I__I I__I__I I__I__I I__I__I I__I__I
N° de sécurité sociale : I__I I__I__I I__I__I I__I__I I__I__I__I I__I__I__I Clé : I__I__I Centre de sécu : ……
Régime allocataire : ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre : …… **N° allocataire :** ……

Vous inscrivez votre enfant sur l'accueil :

1 <u>Périscolaire</u> : oui – non

Dans ce cas, indiquez le lieu d'accueil correspondant : .....

Réservations via espace famille ou via la Fiche de réservation

<u>Quelle fréquence ?</u> Matin et Soir ☐ Matin ☐ Soir ☐

2 <u>Accueil de loisirs</u> (mercredis et/ou vacances) : **oui – non**

☐ **Mercredis**, indiquez le lieu d'accueil correspondant : .....

☐ **Vacances,** indiquez le lieu d'accueil correspondant : ……

*Modalités d'inscriptions : directement sur **votre Espace Famille** ou en formulaire papier disponible en ligne ou auprès des structures ou secrétariat*

<u>Pièces à joindre :</u> ☐ **Photocopies du carnet de santé (pages vaccinations) /** ☐**Attestation CAF ou MSA /** ☐**Autorisation d'images**
☐**Autorisation de consultation de CDAP (CAF) ou avis d'imposition N-2 (MSA ou autre) avec livret de famille**
☐ **Je ne souhaite pas fournir mes revenus et je serai facturé à la tarification maximum pour l'année**

<u>NB : Enfant en garde partagée, merci de remplir un dossier pour chaque titulaire de l'autorité parentale pour facturation distincte.</u>

Fait à ..... le : ..... Signature :

TSVP

Réservé à l'administration : Justificatifs revenus : oui / non Autorisation CDAP : oui / non Autorisation d'images : oui / non
PAI : oui / non Dossier reçu le : ……

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

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)	

Joindre les photocopies du carnet de vaccination de l'enfant.

Important

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

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Demande de PAI (Protocole d'Accompagnement Individualisé : repas spécifiques en cas d'allergies, enfant en situation de handicap, etc...) **:** ☐ **Oui** (si oui à joindre) ☐ **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

MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) ☐ oui ☐ non

Précisez.....

Si oui, joindre un 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...

.....

.....

.....

Votre enfant nage-t-il ? ☐ oui ☐ non

Test d'aisance aquatique *(si oui à joindre)* **?** ☐ oui ☐ non

Je soussigné.e, _____, titulaire de l'autorité parentale de l'enfant ci-dessus désigné.e :

- Atteste sur l'honneur l'exactitude de l'informations renseignées sur le document
- Atteste avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement
- M'engage à signaler tout changement de situation
- M'engage à avoir pris connaissance de l'ensemble des données du présent dossier
- M'engage à payer les prestations payantes auxquels j'inscris mon enfant
- Autorise les encadrants des différentes activités à prendre le cas échéant, toutes les mesures d'urgence nécessaires par l'état de mon enfant
- Ai connaissance que les données d'identité de la famille seront utilisées par les PEP28 et par la CCPEIDF du fait du partage de l'outil informatique

A _____, le _____

Signature du (des) titulaire(s) de l'autorité parentale

Les informations d'identité de la famille recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique par les P.E.P 28 pour les finalités suivantes : inscription, suivi et facturation aux activités périscolaires et extrascolaires. Les destinataires des données sont la CCPEIDF et les P.E.P 28. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vous adressant aux services concernés Service Informatique des PEP28, 3 rue Charles Brune 28110 LUCE. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

AUTORISATION INDIVIDUELLE D'ÊTRE FILME(E), PHOTOGRAPHIE(E) ET/OU INTERVIEWE(E) PUIS DIFFUSE(E)

Je soussigné(e):
Nom : ……
Prénom : ……
Titulaire de l'autorité parentale de :……

☐ **Autorise l'association des PEP 28 à faire des photographies et/ou des vidéos de mon enfant le représentant dans la cadre des activités gérées par l'association et à exploiter/diffuser ces prises de vues dans le but unique de promouvoir les activités.**

En conséquence, j'autorise l'association PEP 28 à **fixer, diffuser, reproduire et communiquer au public par le biais du site internet des PEP 28, des publications diverses en rapport avec les PEP 28 ou la Fédération des PEP, des publications et sites Internet de la Ville et la Communauté de communes d'implantation de la structure ou durant des assemblées,** les films et les photographies pris dans le cadre de ce projet et/ou les paroles prononcées par mon enfant dans ce même cadre.

Les photographies, films et/ou interviews pourront être exploité(e)s et utilisé(e)s directement par l'organisation PEP28 sous toute forme et tous supports connus notamment les outils électroniques (Site Internet et autres).

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies, films et/ou interviews susceptibles de porter atteinte à ma vie privée ou à ma réputation, ni d'utiliser les photographies, films et/ou interviews objets de ce projet dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou tout autre exploitation préjudiciable.

Je me reconnais entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des images prises ou tournées.
La durée de vie de cette autorisation est illimitée sur l'année scolaire en cours.

☐ **Refuse la participation de mon enfant, aux reportages (photos, films, interviews) réalisés par l'association PEP 28.**

Fait à …… .le ……

Signature du titulaire de l'autorité parentale

AUTORISATION DE CONSULTATION ET RECUEIL DE DONNEES CAF - Site CDAP

Dans le cadre de la protection des données (RGPD), les familles doivent désormais donner l'autorisation aux services, Petite Enfance (Multi Accueil La Coquille et Halte-Garderie La Farandole), Enfance (ALSH d'Auneau-Bleury-Saint-Symphorien, Accueil périscolaire d'Auneau-Bleury-Saint-Symphorien, ALSH d'Aunay-sous-Auneau, ALSH de Béville-le-Comte, ALSH de Châtenay, ALSH du Gué de Longroi, Accueil périscolaire de Denonville) et aux PEP28 (gestionnaire), de consulter et recueillir les informations les concernant sur le site de la CAF.

Département CAF : ☐ 28 ☐ 27 ☐ 78 ☐ 91 ☐ Autre : ……..

Numéro Allocataire CAF : …… **Nom Allocataire CAF** : ……

Mme/M. ……
titulaire de l'autorité parentale de l'enfant : ……
fréquentant :

☐ Une structure Petite Enfance précédemment citée
☐ Une structure Enfance précédemment citée

☐ Autorise l'Association des PEP 28 (gestionnaire) à recueillir des informations me concernant auprès de ma CAF, dont mes ressources N-2, mon quotient familial N-2, le nombre d'enfants à charge, le nombre d'enfants en situation de handicap bénéficiant de l'AEEH, afin de calculer ma participation financière horaire et à conserver des copies d'écran de cette consultation pendant une durée de 5 ans minimum.

☐ N'autorise pas l'Association des PEP 28 (gestionnaire) à recueillir des informations me concernant et serai facturé à la tranche la plus élevée.

Fait à …… .le ……

Signature du titulaire de l'autorité parentale