FICHE D'INSCRIPTION

Nom : …… Prénom……
Né(e) le …… à ……
École fréquentée …… Classe ……
Adresse des parents……

Situation familiale : mariés - vie maritale - célibataire - divorcés - autres

	Père – Autorité parentale : oui - non	**Mère – Autorité parentale : oui - non**
Nom, prénom	……	……
Date de naissance	……	……
Profession	……	……
Nom et adresse de l'employeur	……	……

N° CAF **Quotient F** **MSA**

Nom de l'assurance R.C

N° de S.S du Représentant légal

JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- **Copie de l'attestation de droits à l'Assurance Maladie**
- **Copie de la notification CAF « Aide aux Temps Libres » si vous en bénéficiez**
- **RIB, si vous souhaitez bénéficier du prélèvement automatique de vos factures**

☎ Personnel ……
☎ Portable Père ……
☎ Portable Mère ……
☎ Employeur mère ……
☎ Employeur père ……
☎ Grands-parents……
☎ Voisin : ……

@ ……

☐ **J'ai pris connaissance des modalités d'inscription et du règlement intérieur et déclare les accepter.**
☐ **J'accepte que ces données personnelles soient collectées pour le traitement mentionné au verso**.

A …… Le …… Signatures des parents

POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES DE LA COMMUNAUTE DE COMMUNES VALLEE DE L'HOMME

I/ Objet du traitement

Ce traitement a pour objet de gérer les inscriptions *aux accueils de loisirs et autres services à la population*, *au suivi de la présence des enfants, à l'édition d'une liste des enfants inscrits et à la facturation qui en découle*

Ce traitement repose sur le consentement du déclarant.

II/ Données traitées

1- Catégorie des données traitées :

• données relatives à l'était civil de l'enfant, régime alimentaire, renseignements médicaux (vaccination, allergie, recommandation des parents), classe et école fréquentée
• données relatives à l'état civil des représentants légaux de l'enfant, adresse postale, téléphone, courriel, quotient familial, profession, employeur (nom et adresse), numéro CAF / MSA, nom de l'assurance RC, numéro de sécurité sociale, revenus, situation familiale
• Les données relatives aux personnes autorisées à venir chercher le mineur ou à prévenir en cas d'urgence : nom, prénom, lien de parenté, téléphone et adresse postale
• Les pièces justificatives (copie du document CPAM attestant que vous possédez la carte vitale ainsi que la copie des passeports loisirs CAF si vous en bénéficiez)
• Les données relatives aux autorisations (droit à l'image, transport, test d'aisance aquatique)

2- Source des données : les données sont recueillies auprès des parents

3- Caractère obligatoire du recueil des données :

Le recueil de ces données s'inscrit dans le cadre du respect d'une obligation légale.
Il permet à la collectivité d'assurer l'accueil et la sécurité de l'enfant à l'accueil de loisirs.
Le recueil des pièces justificatives et des données de situation financière est obligatoire pour réaliser la facturation du service.
Le recueil du justificatif d'assurance est obligatoire pour assurer les sorties, les voyages.
En cas de non fournitures de ces informations l'enfant ne pourra être accueilli au sein de la structure.

III/ Personnes concernées

L'enfant inscrit, les représentants légaux de l'enfant, les personnes autorisées à venir chercher l'enfant, les personnes à prévenir en cas d'urgence.

IV/ Destinataires de ces données

Direction de la structure, agent en charge du traitement, supérieur hiérarchique, élus de la collectivité, trésor public.

V/ Durée de conservation des données

5 ans pour les demandes d'inscriptions, les listes des enfants et les fiches administratives, 10 ans pour les pièces comptables et le recouvrement, 10 ans fiches de demandes d'inscriptions avec justificatifs en accueil de loisirs et autres services à la population, pour toute autre pièce, pendant la durée de présence/séjour de l'enfant concerné.

VI/ Vos droits sur les données vous concernant

Vous pouvez accéder et obtenir une copie des données vous concernant, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

Si vous souhaitez exercer vos droits, veuillez-vous adressez à l'ATD 24 2 Place Hoche 24000 PERIGUEUX ou atd24.rgpd@atd24.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

AUTORISATIONS

Je soussigné……..……..…..

Autorise : ……..…. Tél : ……
……..……..…... Tél : ……...……
……..……..…. Tél : ……...……
……..……..…... Tél : ……
……..……..…. Tél : ……..……

à venir chercher mon (mes) enfant (s) à la sortie du centre de loisirs.

Je prends note que mon (mes) enfant(s) ne sera pas remis à une personne non désignée ci-dessus

DROIT A L'IMAGE : J'autorise le centre de loisirs à reproduire des photos de mon ou mes enfant(s) dans le cadre des activités du centre de loisirs

- Pour la presse et internet (site de la C.C.V.H.) OUI ☐ NON ☐
- Pour affichage au sein de la structure OUI ☐ NON ☐

J'autorise mon enfant à prendre le car ou autre moyen de transport de façon à participer aux différentes activités organisées par le centre de loisirs, se déroulant en dehors du site.

OUI ☐ NON ☐

Mon enfant a plus de 8 ans, je l'autorise à rentrer seul à la maison :

OUI ☐ NON ☐

Date Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document confidentiel qui permet de recueillir un suivi sanitaire des mineurs en accueil de loisirs ou en séjour

Nom et Prénom du mineur :

Date de naissance :

Sexe M ☐ F ☐

Poids : Taille : *(informations nécessaires en cas d'urgence)*

VACCINATIONS : Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

* Pour les enfants nés **avant le 1er/01/2018**, les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite sont obligatoires

* Pour les enfants nés **à partir du 1er/01/2018**, les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'Haemophilus influenzae b, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rougeole sont obligatoires avant l'âge de 2 ans.

SANTE :

* Médecin traitant : …… ☎:……

* Votre enfant : présente-t-il un présente-t-il un problème de santé ? Oui ☐ Non ☐

suit-il un traitement médical ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez : ……

Merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments (dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant. ***Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance***

* Votre enfant : bénéficie-t-il de l'AEEH ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, merci de joindre l'attestation AEEH

*Allergies :

Alimentaires : Oui ☐ Non ☐

Médicamenteuses : Oui ☐ Non ☐

Autres : Oui ☐ Non ☐ (Précisez : ……)

Pour tout problème de santé ou allergie merci de joindre un certificat médical ou un PAI précisant la nature du problème, les signes évocateurs et la conduite à tenir

QUELQUES MOTS SUR VOTRE ENFANT : qui pourront nous aider à l'accueillir dans les meilleures conditions *(comportement, habitudes, phobies, port de lunettes, d'appareil dentaire ou auditif, difficultés de sommeil…)*

……

……

……

……

……

……