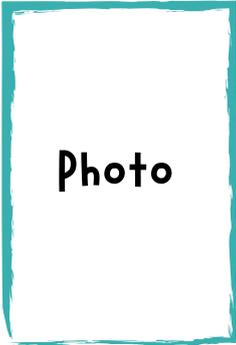




# Dossier Enfant des Accueils de Loisirs

## L'enfant



Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_/ \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom de l'école : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Nom de l'instituteur/trice : \_\_\_\_\_

Responsable légale

La Famille

Responsable légale

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° téléphone : \_\_\_\_\_

N° Tél travail : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Compl: \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

N° Allocataire C.A.F : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° téléphone : \_\_\_\_\_

N° Tél travail : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Compl: \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

N° Allocataire C.A.F : \_\_\_\_\_

## Cadre réservé à la Direction

Baignade

PAI

Recommandations médicales

Suivi spécialisé

Régime alimentaire

Activités nautiques

Maquillage

Photos interne

Photos externe

Transport

Personnes autorisées / interdites : \_\_\_\_\_

Date de validité: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



# Dossier Enfant des Accueils de Loisirs

## Autorisations



### Droit de l'image et respect de la vie privée (article 9 du Code Civil)

J'autorise le personnel de l'Accueil de loisirs à photographier ou à filmer mon enfant, dans la mesure où les films et les images ne sont utilisés que dans le cadre des animations ou activités internes au Colibri.  oui  non

J'autorise le personnel de l'Accueil de loisirs à diffuser l'image de mon enfant dans le cadre de ses supports de communication externes au Colibri (plaquette, articles de presses, site internet, ...)  oui  non

### Activités

J'autorise l'Accueil de loisirs à transporter mon enfant dans le cadre des activités proposées.  oui  non

J'autorise le personnel de l'Accueil de Loisirs à maquiller mon enfant.  oui  non

J'autorise mon enfant à se baigner uniquement là où il a pieds (piscine, jeux d'eau, ...)  oui  non

J'autorise mon enfant à se baigner en grand bassin (fournir une attestation délivrée par un professionnel).

oui  non

### Départ avec d'autres personnes que les responsables légaux

Personnes autres que les parents autorisées à venir chercher l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° téléphone : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° téléphone : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° téléphone : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Personnes non autorisées à venir chercher l'enfant (Joindre un justificatif officiel: décision de justice...)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_



# Dossier Enfant des Accueils de Loisirs

## Règlement général sur la Protection des Données (article 9 du code civil)

### Consentement de collecte

J'autorise  Je n'autorise pas

Le Colibri à saisir mes données personnelles (nom, prénom, adresse, mail, régime allocataire et quotient familial, situation familiale, ...) ainsi que celles de mon enfant dans le cadre de l'inscription de mon enfant à un Accueil de Loisirs sur le logiciel INoé édité par AIGA.

J'autorise  Je n'autorise pas

Le Colibri à saisir les données de santé ou médicales.

**Je suis informé qu'en cas de refus de ma part, mon enfant ne pourra être accueilli dans les accueils de loisirs**

Conformément au Règlement Général sur la Protection de Données qui définit le traitement des données informatiques dans le cadre de l'inscription à l'Accueil de Loisirs, nous vous informons des éléments suivants:

**Objet de la collecte des données:** La collecte de vos données personnelles ainsi que des données personnelles et médicales de votre enfant est strictement nécessaire à la fréquentation des Accueils de Loisirs, pour veiller à la sécurité et à la santé des enfants accueillis, ainsi que pour le fonctionnement du cadre administratif de la structure, notamment la facturation et la communication avec la famille.

**Collecte des données sur le CDAP:** L'équipe de direction de l'Accueil de Loisirs a, via le compte partenaire CDAP de la Caisse d'Allocations Familiales, accès à la consultation du quotient familial. L'utilisation des données est strictement liée à la facturation du service.

**Accès aux données collectées:** L'équipe de direction et d'animation de la structure ont accès à la totalité des données collectées. Le service administratif et comptabilité a accès aux données liés à la facturation, aux règlements et au recouvrement des sommes dues.

**Durée de conservation de mes données:** Les données collectées sont conservées jusqu'à l'âge limite d'inscription de l'enfant. Au delà de l'âge limite d'inscription, elles seront maintenues dans le logiciel jusqu'au recouvrement des créances et/ou jusqu'à l'expiration des délais fixés par les organismes publics chargés de contrôler la structure.

**Droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement des données:** Vous pouvez exercer ce droit aux données vous concernant ou demander une information complémentaire sur l'objet de la collecte des données en contactant la direction: [direction@cscslacouronne.org](mailto:direction@cscslacouronne.org)

En qualité de responsable légal.e, je soussigné(e) certifie l'exactitude de mes renseignements portés sur cette fiche et m'engage à prévenir le service pour tout changement de situation (adresse, situation familiale, problèmes de santé, ...) en joignant les justificatifs nécessaires

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature du responsable légal.e:

### Documents à transmettre avec la fiche de renseignements:

- L'attestation d'assurance extrascolaire / périscolaire à jour
- La photocopie des pages du vaccins du carnet de santé de l'enfant
- La fiche sanitaire complétée et signée
- Une attestation de quotient familial CAF





# Fiche sanitaire de liaison

Document confidentiel



## L'enfant:

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Sexe: Féminin  Masculin

## En cas d'urgence:

Personnes à prévenir en cas d'urgence (autre que les parents)

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Qualité: \_\_\_\_\_

fixe: \_\_\_\_\_ portable: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Qualité: \_\_\_\_\_

fixe: \_\_\_\_\_ portable: \_\_\_\_\_

## Renseignements médicaux et administratifs:

Nom du médecin traitant: \_\_\_\_\_

N° de téléphone: \_\_\_\_\_

Nom de votre mutuelle: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

N° de mutuelle ou attestation CMU: \_\_\_\_\_

## Autorisations

J'autorise  Je n'autorise pas le personnel de l'Accueil de Loisirs à administrer à mon enfant les médicaments prescrits par le médecin et sur présentation de l'ordonnance.

J'autorise le personnel de direction de l'Accueil de Loisirs à prendre toutes les mesures d'urgence (appel au SAMU ou aux pompiers) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

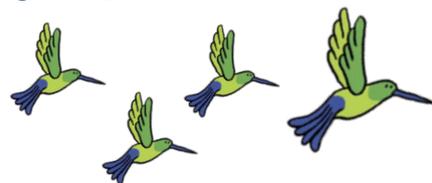
En qualité de responsable légal.e. je soussigné(e) certifie l'exactitude de mes renseignements portés sur cette fiche.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.

A \_\_\_\_\_ le \_\_/\_\_/\_\_\_\_



# Fiche sanitaire de liaison



## Vaccinations

Pour être accueilli, votre enfant doit être à jour de ses vaccins, la copie du carnet de santé ou l'attestation médicale est obligatoire.

## Allergies

Alimentaires  oui  non Précisez: \_\_\_\_\_

-----

Médicamenteuse  oui  non Précisez: \_\_\_\_\_

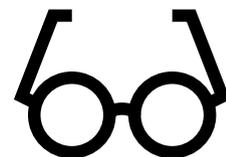
-----

Autres  oui  non Précisez: \_\_\_\_\_

-----

Pour toute allergie, joindre un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

## Renseignements concernant l'enfant



Votre enfant suit-il un traitement ?  oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Votre enfant a-t-il un PAI (projet d'accueil individualisé) ?  oui  non

Si oui, joindre impérativement le document

Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi spécialisé? Si oui, précisez:

SESSAD  CMP  CAMSP  IME  MDPH (joindre une attestation)

-----

Recommandations utiles des parents: (régime alimentaire, problèmes de santé, port de lunettes ou d'appareils auditifs comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, ...)

-----

-----