

## Accueil de loisirs de Breuil-le-Vert

### DOSSIER D'INSCRIPTION Année 2022

L'enfant :

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_

#### Les parents ou tuteur légal :

Madame :

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

Téléphone \_\_\_\_\_

Mobile : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Société : \_\_\_\_\_

Tel. Pro. : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Monsieur :

Téléphone : \_\_\_\_\_

Mobile : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Société : \_\_\_\_\_

Tel. Pro. : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

N° Allocataire : \_\_\_\_\_

CAF

MSA

AUTRE

Régime : \_\_\_\_\_

#### Pièces à Fournir :

- Photocopie du livret de famille
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à défaut de numéro CAF
- Fiche sanitaire signée et complétée (avec la photocopie des vaccins)
- Photocopie de la carte de mutuelle (non obligatoire)
- Formulaire de consentement de traitement des données

#### Informations à l'inscription :

- Le dossier est valable pour tous les accueils de la structure
- La réservation des accueils est obligatoire en plus du dossier d'inscription
- En cas de réinscription, aucun impayé ne doit être constaté
- L'inscription entraîne l'acceptation sans conditions du règlement intérieur et des modalités administratives

Date et Signature :

# FICHE SANITAIRE

## Année 2022

L'enfant :

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_

### Vaccinations

Fournir la photocopie des dates de vaccinations sur le carnet de l'enfant.

### Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui  Non

Si oui, nous fournir une ordonnance récente ainsi que les médicaments prescrits dans leurs boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant.

### L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RUMATISME ARTICULAIRE AIGUE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

### Besoins d'accueil spécifique:

Asthme : OUI  NON  Précisez:.....

Allergie alimentaire: OUI  NON  Précisez:.....

Allergie Médicamenteuse : OUI  NON  Précisez:.....

Handicap physique ou mental : OUI  NON  Précisez:.....

Autre : OUI  NON  Précisez:.....

Reconnaissance du handicap de l'enfant par la MDPH : OUI  NON

**Tout besoin spécifique d'accueil nécessite obligatoirement la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé avec la structure. Merci de prendre contact avec la direction.**

Indiquez ci-dessous les éventuelles difficultés de santé (accident, crises convulsives, opérations...) :

### Régime alimentaire de l'enfant

L'enfant suit-il un régime alimentaire : OUI  NON

Si oui lequel :

**Recommandations utiles des parents (port de lunettes, lentilles, prothèses dentaires) :**

**Nom et tel du médecin traitant :**

**Date et Signature :**

## AUTORISATIONS

### Autorisations médicales

- J'autorise l'organisateur à :
- Prendre les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant, notamment l'hospitalisation et l'anesthésie générale
  - Avancer les frais éventuels de soins et m'engage à les rembourser au plus tôt
  - Récupérer mon enfant à la sortie d'une consultation ou d'un soin pratiqué dans un établissement ou chez un médecin si je n'ai pas les moyens d'être présent (ex : séjour).

### Activités, sorties, séjours

- J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités, sorties et mini séjours organisés dans le cadre des accueils de loisirs.

### Transport

- J'autorise l'organisateur à transporter mon enfant par les moyens jugés adaptés par l'organisateur pour les activités ou en cas d'accident (bus, transport en commun, voiture, minibus).

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant, départ du centre

- J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant au centre

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de Parenté

### Notes importantes

- Toute autre personne devra avoir une autorisation écrite signée de la main du responsable légal.
- En cas de litige concernant la garde de l'enfant, vous devez nous fournir une photocopie de la décision de justice

- J'autorise mon enfant à repartir seul du centre de loisirs en mon absence (à défaut de précision dans le règlement intérieur, l'âge est de 7ans minimum) - L'enfant repart seul si personne n'est venu le chercher -
- J'autorise mon enfant à repartir seul du centre de loisirs (à défaut de précision dans le règlement intérieur, l'âge est de 7ans minimum).
- J'autorise l'accueil de loisirs à prendre en charge mon enfant à la sortie de l'école si son accueil n'a pas été réservé et j'ai connaissance de l'application d'une majoration.

### Droit à l'image

- J'autorise l'association ILEP à utiliser des photos/ vidéos de mon enfant, prise pendant les activités du centre de loisirs (périscolaire, mercredi et vacances) pour des activités de communication (plaquettes, site internet, affiches, messagerie Kaizala, etc.).
- J'autorise l'association ILEP à utiliser des photos/ vidéos de mon enfant, prise pendant les activités du centre de loisirs (périscolaire, mercredi et vacances) pour des expositions au centre de loisirs.

Je soussigné, tuteur légal de l'enfant,

, déclare:

- exacts les renseignements portés sur le dossier d'inscription et la fiche sanitaire
- avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur de la structure
- avoir été informé(e) de la possibilité de souscrire une assurance à la personne supplémentaire (prise en charge d'accident sans responsabilité d'un tiers).

Date et Signature :

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT DES DONNEES

L'association ILEP collecte et traite vos données personnelles au sein du logiciel Domino'Web. Ce logiciel permet la gestion de structures scolaires, d'accueil, de loisirs et de temps libre.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

responsable légal de l'enfant :

accepte le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants

n'accepte pas le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants\*

*Cochez la cas qui correspond à votre choix.*

*\*: En cas de refus, nous vous demandons de vous adresser à l'association ILEP*

Vous pouvez exercer l'ensemble de vos droits relatifs à l'utilisation des données personnelles en adressant vos demandes à l'adresse suivante: [dpo@ilep-picardie.com](mailto:dpo@ilep-picardie.com)

**Date et Signature :**