



# Accueil de Loisirs - Mercredi

## Année scolaire 2020/2021

Nom et prénom de l'enfant :

.....

Date de naissance :

.....

Age :

.....

Autorisation à quitter la structure seul :  OUI /  NON

Si oui précisez l'heure : .....

**Droit à l'image** (pour diffusion sur les supports municipaux) :

Support numérique :  OUI /  NON

Support papier :  OUI /  NON

**Documents à fournir** : (sauf si présence au centre été 2020)

- Attestation de responsabilité civile
- Attestation de quotient familial
- Copie des vaccinations du carnet de santé

Les données renseignées au sein du présent formulaire font l'objet d'un traitement automatisé soumis à la réglementation relative à la protection des données personnelles. La commune de Velleron en sa qualité de responsable de ce traitement a pris toutes les mesures adéquates pour garantir le respect de ces obligations. Pour plus d'information sur la politique générale relative à la sécurité des données personnelles déployée au sein de la commune de Velleron, une notice d'information exhaustive est disponible à l'accueil de la commune ou sur son site internet. Toute information complémentaire pourra également être obtenue auprès du délégué à la protection des données de la commune, Mme Audigier joignable au 04 90 20 00 71 ou [dpd@velleron.fr](mailto:dpd@velleron.fr).

## DÉCLARATION DU CHEF DE FAMILLE

**À remplir pour chaque enfant.**

**ATTENTION : Tout dossier incomplet ne pourra être traité.**

### 1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom (en majuscules) : .....

Prénom : .....

Sexe : M ou F

Date de naissance : ...../...../.....

### 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE DE L'ENFANT

Responsable légal (e) de l'enfant : .....

Parent séparé :  OUI /  NON

Si  oui, merci d'indiquer l'adresse du parent qui a la garde de l'enfant, et si garde alternée de préciser les 2 adresses, et transmettre copie de la décision de justice si tel est le cas.

Adresse 1 : .....

Adresse 2 : .....

Tél. domicile : .....

Tél. travail mère : .....

Tél. Port. Mère : .....

Tél. Travail père : .....

Tél. Port père : .....

Adresse e-mail : .....

N° allocataire CAF : .....

N° allocataire MSA : .....

Autre régime : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Je vous informe que mon enfant est assuré à la compagnie d'assurance suivante : .....

N° de police : .....

## AUTORISATION DES PARENTS

Je soussigné (e) : .....

Père, Mère, représentant légal de l'enfant : .....

- ✓ L'enfant est autorisé à quitter seul la structure, précisez l'heure précise si besoin : .....
- ✓ L'enfant N'EST PAS autorisé à quitter seul la structure et je m'engage à venir le chercher à l'heure prévue.

(1) Rayer la mention inutile

J'autorise également de façon permanente les personnes suivantes à venir chercher l'enfant :

..... Tél. : .....

..... Tél. : .....

..... Tél. : .....

..... Tél. : .....

**Obligation de fournir une autorisation écrite en cas de personne non inscrite, avec copie de la pièce d'identité.**

Uniquement pour les parents séparés :

Pour la facturation, merci d'indiquer l'adresse correspondante :

.....  
.....

Fait à Velleron le .....

Signature

**Mairie de Velleron**  
**Accueil de loisirs Mercredi**

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>L'ENFANT</b>
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

JOINDRE OBLIGATOIREMENT COPIE DES PAGES CORRESPONDANTES DU CARNET (SI PAS DEJA FOURNI POUR LE CENTRE ETE 2020).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs? Oui  non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

**(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)**

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

À titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE 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"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE 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"/>	

**ALLERGIES :**    ASTHME oui  non     MEDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non     AUTRES .....

## PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....  
.....  
**INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

### 3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

### 4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél / Portable / Domicile : .....

Nom + Tél du Médecin traitant : .....

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :