



## FICHE D'INSCRIPTION

DISPOSITIF : .....

Nom : ..... Etablissement scolaire : .....  
Prénom : ..... Classe : .....  
Date de Naissance : ..... Accueil de loisirs Ados : .....  
Quels réseaux utilises-tu ? .....  
Téléphone du jeune : .....

### Père

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : .....  
Courriel : .....  
Autorité parentale :  oui  non

### Mère

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : .....  
Courriel : .....  
Autorité parentale :  oui  non

OU

### Si non responsable Légal

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : ..... Courriel : ..... Autorité parentale :  oui  non

### Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom – Prénom	Lien de Parenté	📍 Domicile	📞 Portable

### Personnes autorisées à venir chercher votre enfant

Nom – Prénom	Lien de Parenté	📍 Domicile	📞 Portable

### Allergies

Asthme  oui  non      Médicamenteuses  oui  non      Alimentaires  oui  non  
Autres : .....  
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir .....

### Santé

Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre

.....  
.....  
.....

Médecin

Nom et Prénom: .....  
N° de Téléphone :.....

Assurance

Nom : .....  
Police :.....

Allocataire

Nom Allocataire : .....  
N°:.....  
Caisse :.....

Pièces à Fournir

- Copie des vaccinations (sous enveloppe)
- Fiche d'inscription recto/verso
- Règlement intérieur signé

**AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à regagner seul mon domicile  OUI  NON  
Si oui indiquer précisément les conditions d'autorisation (heure, jour, destination) :.....  
.....

J'autorise le personnel responsable à prendre toute mesure nécessaire (appel médecin, hospitalisation...) par l'état de santé de mon enfant  OUI  NON

J'autorise par la présente l'organisateur à consulter mes données personnelles (Quotient familial) par l'intermédiaire de la CDAP de la CAF ou compte partenaire MSA, en vue d'appliquer la tarification correspondant à mes revenus  OUI  NON

Je soussigné(e) .....certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur, de la tarification, des modalités de paiement, de l'ensemble des conditions de fonctionnement de l'Accueil péri et extra-scolaire Ados.

<b>ANNEE 2024</b>	<b>ANNEE 2025</b>	<b>ANNEE 2026</b>	<b>ANNEE 2027</b>	<b>ANNEE 2028</b>
<b>Date et Signature</b>	<b>Date et Signature</b>	<b>Date et Signature</b>	<b>Date et Signature</b>	<b>Date et Signature</b>

L'inscription et la participation de votre enfant à l'opération « ENGAGEMENT CITOYEN » ne sera effective qu'à réception du dossier d'inscription dûment remplies et signées.



## DECHARGE DE RESPONSABILITE

### Responsable légal :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse.....

.....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... / .....

Mail : .....

### Le jeune :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : ... / ..... / .....

### Condition de responsabilité :

La responsabilité des personnes encadrant les activités est engagée durant l'amplitude d'accueil du jeune, définie par le projet de l'action.

Les jeunes sont à nouveau sous la responsabilité du responsable légal en dehors de cet accueil.

Le

Signature du **jeune**

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Signature du **représentant légal**

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

### DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

### 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.  
L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES : ASTHME  oui  non MÉDICAMENTEUSES  oui  non

ALIMENTAIRES  oui  non AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

.....



## RGPD - LOGISTIQUE

### FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGE POUR LES ACCUEILS PERISCOLAIRES ET EXTRA SCOLAIRES

Conformément au Règlement Général de la Protection des Données (RGPD) et à la réglementation de la CNIL, vous avez le droit de vous opposer à la diffusion des images de votre enfant (\*)

Je soussigné (e),

**Madame, Monsieur :** .....

**Adresse :** .....

**Courriel :** .....

J'autorise que des films, des photos et enregistrement de la voix de mon enfant soient réalisés et que ces derniers pourront être utilisés à des fins non commerciales  OUI  NON

À utiliser les photos et vidéos sur les réseaux sociaux et sur le site internet de la Communauté de Communes du Grand Armagnac.  OUI  NON

À utiliser l'image de mon enfant sur tous supports de communication de la Communauté de Communes du Grand Armagnac (ex : Affiches, flyers, etc.).  OUI  NON

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit du nom, j'autorise la Communauté de Communes du Grand Armagnac, à communiquer sur les supports sus mentionnés les images (photos et vidéos) prises dans le cadre des **accueils de loisirs périscolaire et extra-scolaire**. Dans ce cadre, elles pourront être confiées à des tiers (journalistes, agence de communication) pour les besoins de communication, de promotion ou de publicités de l'institution, des services et des activités qui s'y rattachent.

Le bénéficiaire de l'autorisation procédera à l'exploitation des images uniquement sur les supports de communication externes définis ci-dessus. Il s'interdit expressément de procéder à une exploitation des images susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les images, objets de la présente, dans tous les supports à caractères pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

Je me reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes. Je garantis que je ne suis pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de l'image ou du nom de mon enfant.

**Fait à** ....., **le** ...../...../.....

**Signature du représentant légal (si mineur(e))**

*(Faire précéder la signature de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)*

*(\*) Les données personnelles collectées dans le cadre de la présente sont destinées et conservées exclusivement dans nos services. Outre le droit d'opposition mentionné ci-dessus, vous disposez de plusieurs autres droits dans les limites prévues par le RGPD et la réglementation de la CNIL. Vous pouvez nous contacter à [rgpd@grand-armagnac.fr](mailto:rgpd@grand-armagnac.fr)*