

FICHE D'INSCRIPTION

Nom : Etablissement scolaire :
 Prénom : Classe :
 Date de Naissance : Accueil de loisirs Ados :
 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	① Domicile	① Portable

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant

Nom – Prénom	Lien de Parenté	① Domicile	① 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

AUTORISATIONSJ'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.

Année scolaire 2023-2024	Année scolaire 2024-2025	Année scolaire 2025-2026	Année scolaire 2026-2027	Année scolaire 2027-2028
Date et Signature	Date et Signature	Date et Signature	Date et Signature	Date et Signature

L'inscription et la participation de votre enfant aux accueils péri et extra scolaires ne sera effective qu'à réception du dossier d'inscription et des fiches de pré-inscriptions – périscolaire – mercredis – vacances – séjour dûment remplies et signées.

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ 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)

[illegible]

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

[illegible]

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

[illegible]

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
l'enfant.*

Date : _____ Signature : _____

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGE POUR LES ACCUEILS ADOS, SEJOUR, ENGAGEMENT CITOYEN ET CHANTIERS JEUNES

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 :

Père, Mère ou Responsable Légal de l'enfant :

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 ados, séjour, engagement citoyen et chantiers jeunes**. 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 procèdera à l'exploitation des images uniquement sur les supports de communications 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*

LISTE DES AFFAIRES

- Pyjama
- Chaussons (obligatoire)
- Affaires de toilettes
- Serviette de toilette
- Sac à dos
- Gourde
- Tee-shirts
- Baskets ou bonnes chaussures pour la marche
- Sous-vêtements
- Des paires de chaussettes
- Sweat /pulls
- Pantalons jeans et/ou jogging
- Blouson ou coupe-vent avec capuche (vêtement imperméable)
- Casquette
- Tenue de sport

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE DONNE DURANT LE
SEJOUR SAUF PRESCRIPTION MEDICALE**