



1 - L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : GARÇON ☐ FILLE ☐

2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE

MAIL

NUMEROS DE TELEPHONE :

1^{er} PARENT. Prénom : Portable : Travail :

2^{ème} PARENT. Prénom : Portable : Travail :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE SI VOUS N'ÊTES PAS JOIGNABLE :

NOM / PRENOM : TELEPHONE :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT : (la personne doit être en capacité de présenter sa carte d'identité)

1- NOM / PRENOM : TELEPHONE :

2- NOM / PRENOM : TELEPHONE :

3- NOM / PRENOM : TELEPHONE :

4- NOM / PRENOM : TELEPHONE :

5- NOM / PRENOM : TELEPHONE :

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES OUI ☐ NON ☐

ALIMENTAIRES OUI ☐ NON ☐ AUTRES :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil périscolaire ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI, joindre une **ordonnance** de -1 an 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.**

PRECISEZ LE TRAITEMENT :

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

Percevez-vous l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) OUI ☐ NON ☐ (si oui, joindre le justificatif)

RÉGIME ALIMENTAIRE : VÉGÉTARIEN ☐ SANS PORC ☐ SANS SEL ☐

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

.....

4- VACCINATIONS

(joindre OBLIGATOIREMENT les photocopies du carnet de santé de l'enfant, les photos ne sont pas acceptées)

En application du décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire, je certifie que mon enfant est à jour des vaccins obligatoires : **OUI** ☐ **NON** ☐

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires à jour, joindre un certificat médical de contre-indication.

A titre indicatif l'enfant a-t-il 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 ☐	

MÉDECIN TRAITANT :

NOM TELEPHONE

5- RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, un appareil dentaire ? Précisez :

Autres recommandations, précisez (ex : qualité de peau, crème solaire, maquillage, énurésie nocturne, difficultés de sommeil,...) :

6 - AUTORISATIONS

	OUI	NON
J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives.		
J'autorise mon enfant à être transporté en véhicule de service et car de location.		
J'autorise le service enfance jeunesse de la commune de l'Ile d'Yeu à reproduire, représenter, publier et communiquer au public (parents, famille et personnes susceptibles de venir sur la structure) les photos et images vidéos prises dans le cadre des animations de l'accueil périscolaire.		
J'autorise le service enfance jeunesse de la commune de l'Ile d'Yeu à reproduire ses photos et ses films et à les utiliser sur leur site internet ou leur page Facebook dans un but non lucratif.		

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil périscolaire 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.

☐ Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'inscriptions, de réservations et de facturation à l'accueil périscolaire.

Merci de signer ce document après avoir porté la mention « **Lu et approuvé – Bon pour accord** ».

Date :

Signature :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Service Enfance Jeunesse 4 rue du Gouverneur 85350 ILE D'YEU pour la mise à jour des inscriptions de l'enfant. Les données collectées seront communiquées à l'ensemble du personnel du Service Jeunesse et mises à jour chaque année. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter par mail : dpo@ile-yeu.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.