



Vallées
du Clain
Un temps d'avance

C'est mon
inscription
ALSH Nouaillé-Maupertuis



2020 - 2021 - 2022

Zone Artisanale de l'Anjouinière - 86370 VIVONNE - 05 49 43 78 85 - alshvivonne@valleesduclain.fr

ENFANT

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : FILLE GARÇON

ADRESSE :

Numéro Allocataire CAF ou MSA :
(ou à défaut, joindre votre avis d'impôt 2019)

ETABLISSEMENT SCOLAIRE FRÉQUENTÉ :

PARENTS

GARDE PARENTALE : CONJOINTE
 PARTAGÉE ou EXCLUSIVE : père mère
 AUTRE (Tuteur, ...)

PARENT 1: Père Mère Tuteur

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

Tél domicile :

Tél portable :

Em@il :

Employeur :

Tél professionnel :

PARENT 2: Père Mère Tuteur

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

Tél domicile :

Tél portable :

Em@il :

Employeur :

Tél professionnel :

- Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les parents):

Nom	Prénom	Lien de parenté	Numéro de téléphone

- Documents à nous fournir avec le dossier :**
 - Attestation d'assurance extra-scolaire
 - Photocopie des vaccinations



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.

Enfant : fille garçon Date de naissance :

Nom : Prénom :

Adresse :

Afin d'accueillir votre enfant dans les meilleures conditions, **merci de préciser les points suivants :**

La sieste : L'enfant fait-il la sieste ? oui, combien de temps : non
A-t-il un doudou ? oui non

Le repas : L'enfant mange-t-il bien habituellement ? oui non

Les toilettes : Faut-il solliciter votre enfant ? oui non

Pensez à marquer tous les effets personnels de votre enfant (vêtements, chaussures et le doudou !)

I - Vaccinations :

Joindre obligatoirement les photocopies des vaccinations de votre enfant (DT Polio).

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

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

Attention ! **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	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	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

• Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) :

Votre enfant présente-t-il des difficultés susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil ?
maladies, épilepsie, allergies, diabète, port de lunettes, de diabolos, de prothèses auditives, handicap, ... oui non

Si oui, lesquelles

Conduite à tenir :

Ces difficultés nécessitent-elle la mise en place d'un accueil individualisé ? Oui (fournir le protocole) non

Percevez-vous l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) ? Oui (fournir une attestation) non

Votre enfant bénéficie-t-il de l'aide d'une auxiliaire de vie à l'école (A.V.S.) oui non

- L'enfant suit-il un **régime alimentaire particulier**? Sans porc
 Autres :

III - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Tél. travail : Tél. portable :

N° Sécurité Sociale : Mutuelle :

Nom du médecin traitant :

Je, soussigné(e) 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 :

Formulaire de recueil de consentement

Nom et prénom de l'enfant :

Les informations à caractère personnel recueillies par l'Accueil de Loisirs de Vivonne, géré par la Communauté de Communes des Vallées du Clain font l'objet d'un traitement informatisé destiné à :

- L'accompagnement de l'enfant dans son quotidien par le personnel de la structure (gestion des dossiers d'inscription, mails ou appels quand l'enfant est malade...);
- La transmission médicale aux pompiers ou au Samu lors d'une urgence médicale (fiche sanitaire);
- A la facturation : des données personnelles sont envoyées à la Communauté de Communes puis au Trésor public ;
- A des fins de contrôle de la structure par la Caisse d'Allocations Familiales ou la Protection Maternelle et Infantile.

J'accepte que ces informations soient conservées le temps nécessaire à leur utilisation, archivées dans un espace dédié.

Je certifie exacts les renseignements portés sur ce dossier et m'engage à signaler toute modification le cas échéant.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles (Loi RGPD du 25 mai 2018 : loi du Règlement Général sur la Protection des Données), je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de celles-ci, ainsi que du droit de retirer mon consentement à tout moment en contactant l'Accueil de Loisirs de Vivonne ou la Communauté de Communes des Vallées du Clain.

→ J'ai bien pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les conditions : oui non

→ J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées et à prendre les moyens de transport utilisés pour se rendre à l'ALSH ou aux activités : oui non

→ J'autorise l'ALSH à **utiliser** les images fixes ou animées de mon enfant qui pourront être réalisées lors des activités ou des sorties pour afficher ou informer, uniquement dans les locaux : oui non

→ J'autorise l'ALSH à **diffuser** les images fixes ou animées de mon enfant sur les supports de communication de la collectivité (flyers, internet, presse...) : oui non

→ J'ai bien pris connaissance que la Communauté de Communes décline toute responsabilité concernant la diffusion d'images par les enfants : oui non

→ J'autorise mon enfant à rentrer seul et décharge l'ALSH de toute responsabilité concernant l'enfant : oui non

	Nom	Signature
Mis à jour le :		
Mis à jour le :		
Mis à jour le :		
Mis à jour le :		
Mis à jour le :		