

Nom de l'enfant : Prénom : Sexe : F M*

Adresse de l'enfant : Classe :

Né(e) le : / / à

Thématique choisie

Période

Séjour Animations vacances : du au.....

Séjour Animations vacances : du au.....

Séjour Animations vacances : du au.....

PARENTS

* rayer la mention inutile

Responsables	Responsable 1	Responsable 2
Lien de parenté avec l'enfant	Père/Mère*	Père/Mère*
Nom d'usage		
Nom de jeune fille		
Prénom		
Date de naissance		
Lieu de naissance et département		
Adresse		
N° de téléphone portable		
N° de téléphone professionnel		
Adresse e-mail OBLIGATOIRE		
Profession		
Lieu de travail (ville)		
Situation familiale	Marié(e) – vie maritale – pacsé(e) – séparé(e) – divorcé(e) – veuf(ve) – célibataire*	Marié(e) – vie maritale – pacsé(e) – séparé(e) – divorcé(e) – veuf(ve) – célibataire*
Famille d'accueil ou foyer, indiquer : nom, prénom, adresse, téléphone et email		

Allocataire CAF ou MSA : fournir OBLIGATOIREMENT une attestation de quotient familial à jour au moment de l'inscription scolaire.

Pour les allocataires CAF 17 et MSA le service Education-Enfance-Jeunesse de l'Agglomération de Saintes effectue une mise à jour automatique de votre quotient familial en interrogeant de façon aléatoire, 2 à 3 fois au cours l'année scolaire, le site de la CAF ou MSA de la Charente Maritime :

J'autorise le service EEJ à automatiser la mise à jour de mon quotient familial - **Le tarif adapté à mes ressources sera appliqué au moment de la mise à jour**

Je n'autorise pas le service EEJ à automatiser la mise à jour de mon quotient familial – **Le tarif le plus élevé sera appliqué au moment de la mise à jour**

Pour les allocataires CAF ou MSA autres départements : pas de mise à jour automatique. Vous devez fournir une attestation en cas de changement de QF.

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher les enfants munie(s) d'une pièce d'identité et à prévenir en cas d'urgence (en l'absence des parents) :

NOM et Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Numéro de téléphone

Le (la) responsable de l'enfant décharge l'Agglomération de Saintes et l'équipe d'animation de toute responsabilité dès la prise en charge de l'enfant par une tierce personne.

NB : En cas d'urgence, les agents d'encadrement contacteront le 15 et se conformeront aux consignes du médecin.

IMPORTANT :

FACTURATION : Un mail est envoyé chaque mois pour indiquer que la facture du mois précédent est disponible dans l'espace famille. Si vous refusez de recevoir ce message par mail, merci de le signaler au service Education-enfance-Jeunesse à education.enfance.famille@agglo-saintes.fr. L'envoi « papier » n'est pas possible.

Les factures seront disponibles sur votre espace famille, dans la rubrique « Mon compte » ou à l'accueil de Saintes Grandes Rives – 12 Bd Guillet Maillet à Saintes.

PAIEMENT :

Je choisis le prélèvement automatique (effectué le 05 du mois suivant la réception de la facture) : OUI NON

Si oui, **remplir le formulaire de prélèvement SEPA** (disponible sur www.agglo-saintes.fr, « Espace familles », « infos pratiques » « payer mes factures ») et **joindre un RIB**

DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

En application de la loi n°2018-493 du 20 juin 2018, et sur la base légale de la mission d'intérêt public, un traitement de données est établi par l'Agglomération de Saintes pour vous permettre d'accéder aux services proposés. Ces données sont destinées uniquement aux services en charge de traiter votre dossier et à des organismes sociaux et administrations fiscales, le Quotient Familial ainsi que le revenu imposable provenant directement des services de l'Etat. **Vos réponses sont obligatoires, le défaut de réponse rendant impossible votre inscription par nos services.** Ces données seront conservées jusqu'à une année après le dernier mouvement sur le dossier. Au-delà, vos données papier seront archivées, et les données électroniques rendues anonymes pour des besoins de traitement statistique.

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) responsable légal(e)

autorise l'équipe d'animation à photographier ou filmer mon (mes) enfant(s) individuellement ou en groupe dans le cadre des activités extrascolaires (centre de loisirs, animations vacances, séjours), pour toute l'année scolaire en cours. Ces photos ou films pourront être utilisés dans le cadre d'une diffusion municipale et/ou de l'Agglomération de Saintes (journaux, site internet, programme, ...).

autorise mon (mes) enfant(s) : à participer aux activités organisées par le centre de loisirs, y compris les déplacements en autocars.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils collectifs de mineurs et de la restauration scolaire de l'Agglomération de Saintes (disponible sur www.agglo-saintes.fr, onglet « Espace familles », rubrique « infos pratiques ») **et je m'engage à le respecter et le faire respecter par mon (mes) enfant(s).**

Je déclare avoir pris connaissance de la gestion de mes données à caractère personnel (cf encadré ci-dessus) et en accepte les termes.

N'hésitez pas à consulter sur l'Espace Familles les actualités et informations importantes du service Education-Enfance-Jeunesse

Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sont exacts.

À

Le,

Signature responsable 1 :

Signature responsable 2 :

Veillez compléter toutes les rubriques (1 fiche par enfant)

Nom de l'enfant : Prénom :
 Né(e) le : / / Sexe : M F Ecole : Classe :

NOM DU MEDECIN TRAITANT : **N° de téléphone :**

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou certificat de vaccination de l'enfant)

Vaccins	Date du dernier rappel	Vaccins	Date du dernier rappel
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, coqueluche, haemophilus influenzae b/...../.....	Rougeole / oreillons/ rubéole/...../.....
Pneumocoque/...../.....	Méningocoque C (Menjugate, Neisvac)/...../.....
Hépatite B/...../.....	Autres vaccinations :/...../.....

Votre enfant n'est pas vacciné : Joindre un certificat médical en cas de contre-indication à la vaccination

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

• L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cocher la case correspondante)

Maladies	OUI	NON	Date	Maladies	OUI	NON	Date
Rubéole		 / /	Otite		 / /
Coqueluche		 / /	Rougeole		 / /
Varicelle		 / /	Scarlatine		 / /
Oreillons		 / /	Rhumatisme		 / /

• L'enfant fait-il l'objet d'une **allergie** : OUI NON

Si OUI : Quelle allergie ?

- Conduite à tenir :

• L'enfant bénéficie-t-il d'un **protocole d'accueil individualisé (P.A.I.)** ? OUI NON

Si OUI, fournir **l'ordonnance du médecin**, les médicaments correspondants (plaquettes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant, avec la notice) et la **procédure à suivre auprès du directeur d'école en relation avec la médecine scolaire**.

• L'enfant bénéficie-t-il d'une **reconnaissance MDPH** : OUI NON EN COURS DE DIAGNOSTIC

• Veuillez nous indiquer :

Les difficultés de santé et les précautions à prendre, les recommandations utiles (lunettes, lentilles de contact, prothèse auditive...)

Je soussigné(e)....., responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des activités à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'ai bien noté que la facture me serait adressée directement par les praticiens. L'Agglomération de Saintes ne pouvant ni régler, ni rembourser tout ou partie des frais médicaux et ceci, quelle qu'en soit la cause.

Date :

Signature :