



Dossier Familial

« Accueil de Loisirs »

Année 2020-2021

Fiche parents

PARENT 1 : Payeur par défaut (Partie réservée au gestionnaire : id famille :)

Civilité : Monsieur Madame

NOM Prénom :

NOM DE NAISSANCE : Date de naissance : __/__/__

Coordonnées personnelles : ☎ (fixe) : __/__/__/__ - ☎ (port.) : __/__/__/__/__

✉ (e-mail) : adhésion à la facture en ligne

Situation professionnelle :

Profession :

Coordonnées professionnelles : ☎ : __/__/__/__/__

PARENT 2

Civilité : Monsieur Madame

NOM Prénom :

NOM DE NAISSANCE : Date de naissance : __/__/__

Coordonnées personnelles : ☎ (fixe) : __/__/__/__/__ - ☎ (port.) : __/__/__/__/__

✉ (e-mail) : adhésion à la facture en ligne

Situation professionnelle :

Profession :

Coordonnées professionnelles : ☎ : __/__/__/__/__

ADRESSE

N° et nom de la voie.....

Complément d'adresse :

Code postal : Ville.....

RÉGIME ALLOCATAIRE ET CONSTITUTION DE LA FAMILLE

Nombre d'enfants à charge : - Nombre d'enfants total :

CAF de : MSA de : Autre :

.....

Numéro allocataire : - Nom allocataire :

Quotient familial si connu : - Date d'effet : __/__/__

AUTORISATION DE CONSULTATION CDAP (CAF)

J'autorise / Nous autorisons la Ville de Soissons à consulter notre quotient familial via l'interface CDAP de la CAF et à conserver une copie de ces informations : NON OUI

A défaut de consentement, votre avis d'imposition vous sera demandé, en l'absence de ce document, l'application de la tarification la plus élevée sera appliquée.



ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) / Nous soussigné(e)s : Nom(s) et Prénom(s).....
.....

déclare / déclarons sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-avant.

Fait à, le

Signature du (des) responsable(s) légal (légaux) :

PIÈCES À FOURNIR EN PLUS DU PRÉSENT DOSSIER (pièces à cocher par le gestionnaire)

- Copie de carnet de santé à jour des vaccinations par enfant
- Copie attestation d'affiliation CAF ou MSA avec numéro d'allocataire ou quotient familial
- OU dernier avis d'impôts sur les revenus, en l'absence de quotient familial
- Copie d'attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire en cours
- Justificatif de domicile de moins de six mois (facture électricité, eau...) si non affiliés CAF
- Aisne
- En cas de traitement médical : formulaire d'autorisation parentale spécifique + ordonnance
- En cas d'allergie: ordonnance du médecin allergologue et/ou « PAI » en fonction des situations.

Les services de la Ville de Soissons disposent de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement les Accueils de Loisirs. Les informations enregistrées sont réservées à l'usage des services concernés et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : Caisse d'Allocations Familiales ; Mutualité Sociale Agricole.

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant aux services de la Ville de Soissons.

« Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé par le Maire de Mairie de Soissons sis à Place de l'Hôtel de Ville 02200 SOISSONS pour les inscriptions au accueils de loisirs de la Ville de Soissons.

Le responsable de traitement a désigné l'ADICO sise à Beauvais (60000), 5 rue Jean Monnet en qualité de déléguée à la protection des données.

Le traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : **service Extrascolaire.**

Les données **sont conservées durant la durée du séjour.**

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier ou exercer votre droit à la limitation du traitement. Les droits à la portabilité et à l'effacement ne s'appliquent pas à l'exécution d'une mission d'intérêt public.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données ou le dpo@ville-soissons.fr

Si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. »



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA
COHESION SOCIALE ET DE LA PROTECTION

FICHE SANITAIRE de LIAISON
Document confidentiel
(À transmettre sous enveloppe cachetée)

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : **SEXE :** [M][F]

LIEU DU SEJOUR : Accueil de Loisirs du 02 Septembre au 30 Juin 2020

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du mineur (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles) ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour. Sa signature vaut acceptation du traitement des données fournies.

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rougeole	
				Hépatite B	
				BCG	
				Pneumocoque	
				Autres	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

1- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : Taille :

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

L'enfant bénéficie-t-il d'un suivi MDPH ? 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 administré sans ordonnance**

ALLERGIES :

ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?

Oui non

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

3/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne

.....
.....

4/ RESPONSABLE DU MINEUR

NOM..... **PRENOM**.....

ADRESSE.....

.....

TEL DOMICILE : **TEL. TRAVAIL :**

TEL PORTABLE :

Je soussigné(e),....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date et signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR ET A RETOURNER A LA FAMILLE EN FIN DE SEJOURCOORDONNEES de l'ORGANISATEUR du SEJOUR :

.....
.....

OBSERVATIONS :

.....
.....



FICHE ENFANT

Année 2020-2021

NOM : Prénom :

Date de naissance : ___/___/___ - Sexe : Féminin Masculin

Établissement scolaire : - Classe

Lien avec adulte 1 : **Responsable légal :** Père / Mère Beau-Père / Belle-Mère
Tuteur(trice)
 Placement (Nom de l'organisme ou de la famille d'accueil :.....)

Lien avec adulte 2 : **Responsable légal :** Père / Mère Beau-Père / Belle-Mère
Tuteur(trice)
 Placement (Nom de l'organisme ou de la famille d'accueil :.....)

Autres personnes autorisées (ou interdites) à récupérer l'enfant 1 ou à prévenir en cas d'urgence :

Urgence	Interdite	NOM Prénom	Téléphone	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Régime alimentaire sans porc : NON OUI

NB : En cas d'allergie reconnue (alimentaire ou non), l'inscription ne sera validée qu'avec fourniture d'un certificat médical établi par un allergologue. Il sera vu si un PAI doit être mis en place ou s'il en existe un au sein de l'école. À préciser sur la fiche sanitaire de liaison.

Brevet d'aptitude aux activités nautiques : NON OUI – Date : ___/___/___ (joindre une copie)

Mon enfant est autorisé à :

- **participer aux activités en dehors de la structure.**
- **être transporté dans les véhicules de la collectivité ou au sein des transports qu'elle mettra en place, dans le cadre de l'Accueil de Loisirs.**
- **repartir seul (plus de six ans seulement) après l'Accueil de Loisirs : NON OUI**
- **être maquillé : NON OUI**

AUTORISATIONS DE PUBLICATION (DROIT À L'IMAGE) (valable pour la période du 02/09/2020 au 30/06/2021)

Des photographies, films, enregistrements seront effectués, sur lesquels peuvent figurer votre enfant (lors de leur présence en Accueil de Loisirs, restauration) ainsi que les productions et œuvres originales réalisées durant les activités.

J'autorise / Nous autorisons la Ville de Soissons et les équipes d'encadrement d'Accueil de Loisirs ci-dessus, à utiliser et à publier les photographies, films, enregistrements sur lesquels mon enfant peut figurer, ainsi que les productions et œuvres originales réalisées.

- utilisation dans le cadre direct des activités ou de l'environnement de l'Accueil de Loisirs : NON OUI
- utilisation extérieure à l'Accueil de Loisirs : NON OUI
 - Site Internet et la page Facebook de la Ville de Soissons
 - Tout autre support informatique tels que CDRom – DVD
 - Diaporama
 - D'éventuels reportages journalistiques par presse écrite, Internet ou audiovisuelle
 - Des réalisations audiovisuelles
 - Des expositions thématiques.)

La présente autorisation de publication est consentie à titre gratuit.

