

Espaces Loisirs Itinérants 2022

FICHE INSCRIPTION

NOM et Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____ âge : _____ Filles Garçon

Adresse complète : _____

Tél. fixe : _____ Portable : _____ Email : _____

Tél. portable du père : _____ Tél. portable de la mère : _____

Autre personne à contacter en cas d'urgence : _____ Tél. : _____

NUMERO ALLOCATAIRE : _____ QUOTIENT : _____ CAF MSA

(Fournir impérativement une photocopie du dernier avis de versement des prestations familiales)

NOM et prénom du responsable légal : _____

Profession du père : _____ Profession de la mère : _____

* Mon enfant sait nager : OUI NON

* J'autorise mon enfant à rentrer seul du centre : OUI NON

* J'autorise mon enfant à rentrer du centre uniquement avec d'autres enfants ou d'autres adultes : OUI NON

Précisez le nom de ces accompagnateurs : _____

J'autorise la FSCF à utiliser l'image de mon enfant pour ses supports de communication : OUI NON

Je déclare sur l'honneur avoir une assurance Responsabilité Civile :

Je soussigné Mme ou Mr..... ai bien pris connaissance des horaires d'activités
(9h00 : accueil ; 10h00 - 12h00 : animation ; 12h00-14h00 : repas ; 14h00-18h00 : animation).

Pour les soirées, les enfants sont sous la responsabilité des parents.

Les enfants qui déjeunent le midi au centre, doivent apporter leur pique-nique.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre une photocopie).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
Ou Tétracoq			

Ces informations sont indispensables et évitent de vous munir du carnet de santé. Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, il ne pourra pas être accepté à moins de joindre un certificat médical de contre-indication (attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication).

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Varicelle OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Angine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Coqueluche OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Otite OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rougeole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Oreillons OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

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) :

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier, porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ? merci de préciser :

4 - DIVERS

NOM et tél. du médecin traitant (facultatif) _____

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

Date : / / 20 ..

Signature, précédée de la mention lu et approuvé

« La réglementation concernant la protection des données personnelles a évolué, avec l'entrée en vigueur du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), le 25 mai 2018. La fiche de renseignements relative à l'inscription de vos enfants à l'espace Loisirs Itinérants organisé par la Fédération Sportive et Culturelle de France avec le soutien financier de la commune est un traitement de données personnelles, dont la Présidente du Comité Départemental FSCF d'Ille-et-Vilaine est responsable.

Les informations personnelles collectées vous concernant nous permettent d'assurer la gestion de l'activité ELI (inscription, suivi et facturation, mise à jour des données). Il s'agit d'un contrat.

Les données collectées sont communiquées aux agents des services administratifs de la commune, aux agents des services de la Fédération Sportive et Culturelle de France.

Ces données seront conservées pendant 1 an.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement, vous opposer ou exercer votre droit à la limitation du traitement en vous adressant à la Fédération Sportive et Culturelle de France soit par courrier postal (FSCF – BP 10303 – 35203 RENNES CEDEX 2), ou par courriel (cd.ille-et-vilaine@fscf.asso.fr).

En cas de manquement à ces obligations, vous pouvez saisir la CNIL»

FEDERATION SPORTIVE ET CULTURELLE DE FRANCE

BP 10303 - 35203 RENNES Cedex 2

Tél : 02 99 50 38 11 - E-mail : cd.ille-et-vilaine@fscf.asso.fr