2027 *Fiche réservée aux Accueils de Loisirs*

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION 2027

1 janvier 2027 au 31 décembre 2027

Accueil de loisirs SAINT YZAN DE SOUDIAC (mercredis -3/6 ans et vacances – 7/14 ans)
Accueil de loisirs CEZAC (mercredis – 7/14 ans)
Accueil de loisirs CAVIGNAC (mercredis – 3/6 ans et vacances -7/14 ans)

ENFANT

Nom : …… …… . Prénom : ……

Sexe : **M** ☐ **F** ☐ Né(e) le : …… à : …… ……

***Age de l'enfant à ce jour : …… (*à compléter impérativement)**

PARENTS OU RESPONSABLE DE L'ENFANT

☐ **Parent 1** ☐ **Parent 2** ☐ **Assistante familiale**

NOM, Prénom : ……* **Date naissance :** ……

Adresse : ……

Téléphone ☎…… Portable : ……

Nom et téléphone du travail du parent 1 : ……(en cas d'urgence)

NOM, Prénom : ……* **Date naissance :** ……

Adresse : ……

Téléphone ☎……Portable : ……

Nom et téléphone du travail du parent 2 : ……(en cas d'urgence)

Situation familiale : ……

Adresse mail : ……

☝ *Important : Réservations sur le portail famille (https://mon-portail-famille.fr/alsh-cdc-latitude-nord-gironde) votre accès sera actif uniquement après traitement de votre dossier 2027.*

Tourner SVP →

2027 *Fiche réservée aux Accueils de Loisirs*

ORGANISME D'AFFILIATION

Régime de rattachement de l'enfant :

☐ Régime général (CAF) ☐ Régime MSA ☐ Autres régimes

☐ **N° CAF**…… ☐ **N°sécurité Sociale**…… **(à compléter impérativement)**

DEPART DE L'ENFANT

❍ Quitte seul l'Accueil de Loisirs à la fin des activités **(pour les enfants âgés de 7 ans et plus uniquement)**

Dans ce cas, je dégage l'Accueil de Loisirs et la Communauté de Communes de toute responsabilité vis-à-vis de mon enfant après la sortie de l'Accueil de Loisirs.

❍ Sera pris en charge par : ❍ les parents ou/et ❍ un adulte responsable

Noms et téléphones des personnes habilitées à prendre en charge votre enfant

NOM : …… : ……/……/……/……/…….

NOM : …… : ……/……/……/……/…….

NOM : …… : ……/……/……/……/…….

AUTORISATIONS

☐ **Autorisation de photographier mon enfant dans le cadre des activités et sorties des Accueils de Loisirs.**

☐ **Autorisation de consulter votre Quotient Familial transmis par la CAF** **OBLIGATOIRE**

☐ **Autorisation de conserver les données personnelles au-delà de 3 ans.**

J'autorise la Communauté de Communes Latitude Nord Gironde à utiliser mon adresse mail pour l'envoi d'informations émanant uniquement de ses services. ☐ **oui** ☐ **non**
(Dans ce cadre, mon adresse sera conservée deux ans)

Je soussigné(e) :……..

responsable légal de l'enfant : ……..

***déclare** exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise*

- les responsables des Accueils de Loisirs à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant,

- mon enfant à participer aux activités et sorties organisées par les Accueils de Loisirs.

***certifie** avoir pris connaissance du règlement intérieur.*

Fait à …… *Signature des parents ou du responsable de l'enfant,*

Les informations recueillies par CC LNG font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion dématérialisée du service. Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, à l'effacement, à la limitation, à la portabilité ainsi qu'à opposition en contactant la CC LNG. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL en cas de méconnaissance des dispositions susvisées.

2027

Fiche réservée aux Accueils de Loisirs

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2027 à compléter impérativement

ENFANT : Nom : Prénom : Date de naissance :
Sexe : ☐ M ☐ F

Vaccinations à jour : ☐ oui ☐ non (joindre la copie du carnet de santé)

VACCIN OBLIGATOIRE enfant né avant 2018	Oui	Non	DATE DES DERNIERS RAPPELS
DT Polio			

VACCINS OBLIGATOIRES enfant né à partir de 2018	Oui	Non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DT Polio				Tuberculose	
Coqueluche				Varicelle	
Infections invasives à haemophilus influenzae de type B				Grippe	
Hépatite B				Zona	
Pneumocoque				Papillomavirus	
Méningocoque de sérogroupe A, B, C, W et Y				Rotavirus	
ROR					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin : ..... Tel :.....
Régime alimentaire :.....

PAI (Projet d'accueil Individualisé) : ❍ oui ❍ Non
Situation de handicap * : ❍ oui ❍ Non **Besoins spécifiques :** .....
Auxiliaire de vie : ❍ oui ❍ Non
**** Si oui = fournir le justificatif MDPH et notification CAF si versement AEEH***

L'enfant suit-il un traitement médical ? ❍ oui ❍ Non
Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée 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 ? (rayer les mentions inutiles) :
Rubéole – varicelle – angine – rhumatisme articulaire aigue
scarlatine – coqueluche – otite – rougeole – oreillons
Allergies : asthme ❍ oui ❍ non alimentaire ❍ oui ❍ non
médicamenteuses ❍ oui ❍ non autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le Signaler)
.....
Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.
.....
Votre enfant porte-t-il des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,
etc.....

Les informations recueillies par CC LNG font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion dématérialisée du service. Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, à l'effacement, à la limitation, à la portabilité ainsi qu'à opposition en contactant la CC LNG. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL en cas de méconnaissance des dispositions susvisées.