





Dossier de renseignements

Communauté de communes Saulieu-Morvan
Service Enfance Jeunesse

Année scolaire		20 ____	20 ____
 Accueil de Loisirs Saulieu <input type="checkbox"/>	 Accueil de Loisirs La Roche-en-Brenil <input type="checkbox"/>	 Accueil de Loisirs Ados <input type="checkbox"/>	 C.L.A.S. <input type="checkbox"/>

Enfant / Adolescent

NOM :		Prénom :	
Date de naissance :		Sexe	Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
Adresse :			
Code postal :		Ville :	
Numéro de téléphone portable (pour les ados) :			

Représentants légaux

	Représentant légal 1		Représentant légal 2	
Civilité	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>
NOM				
Prénom				
Date de naissance				
Adresse				
Code Postal - Ville				
Lien avec l'enfant / ados				
E-Mail <i>(Elle sert à créer votre Espace Famille et à communiquer les informations des services)</i>				
Profession				
Téléphone portable				
Autre téléphone de contact				
CAF <input type="checkbox"/>	NOM Allocataire (Où figure l'enfant)			
MSA <input type="checkbox"/>	Numéro d'Allocataire			

Autres personnes autorisées à récupérer l'enfant / adolescent

Civilité	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>
NOM				
Prénom				
Lien avec l'enfant / ados				
Téléphone portable				
Autre téléphone de contact				

Renseignements sanitaires

Nom et téléphone du médecin traitant :

Numéro de Sécurité Sociale (où figure l'enfant) :

L'enfant prend-il un traitement médical durant l'accueil ? : OUI NON

Si OUI, une ordonnance au nom de l'enfant avec les médicaments (dans leur emballage, avec nom de l'enfant dessus et la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il des allergies ? : OUI NON

Si OUI, préciser l'allergie, la cause et la conduite à tenir :

Régime alimentaire particulier ? : OUI NON

Si oui, précisez : _____

L'enfant a-t-il des besoins spécifiques ? : OUI NON

Handicap, vigilances particulières à connaître, maladie nécessitant des précautions, lunettes, prothèses auditives ou dentaires...

Si OUI, préciser les besoins et la conduite à tenir :

Autorisations

Médicales

Le personnel est autorisé à administrer à mon 0enfant les éventuelles médications prescrites par le médecin, sur présentation de l'ordonnance.	OUI	
	NON	
L'équipe de direction est autorisée à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant (hospitalisation, SAMU, Pompier).	OUI	
	NON	

Droits à l'image et audio

J'autorise le personnel du service à photographier, filmer ou enregistrer mon enfant, dans la mesure où les images, films, sons ne seront utilisés que pour un usage éducatif ou inhérent à la vie du service.	OUI	
	NON	
J'autorise le personnel du service à poster les photos, films ou sons sur lesquels apparaît mon enfant, sur les réseaux sociaux du service et le site internet de la Communauté de communes.	OUI	
	NON	

Spécifique à l'Accueil de Loisirs Ados - Autonomie

J'autorise mon enfant à venir seul au Secteur Jeunes.	OUI	
	NON	
J'autorise mon enfant à repartir seul du Secteur Jeunes en journée. <i>Lors des temps des moments de veillée, les départs en autonomie ne sont pas autorisés par le règlement intérieur.</i>	OUI	
	NON	
J'autorise mon enfant à être en groupe autonome durant certains temps d'activités du Secteur Jeunes (déplacements à pied, dans les locaux du Secteur Jeunes).	OUI	
	NON	
J'autorise mon enfant à avoir le droit à 2 sorties libres maximum par journée, en ayant prévenu l'équipe qui doit donner son accord. Les heures de départ et de retour sont notifiées dans un registre.	OUI	
	NON	

Justificatifs à fournir

- Règlement de fonctionnement de l'accueil concerné signé
- Ce dossier de renseignement complété

Pour les responsables légaux :

- Justificatif de domicile
- Document attestant du Quotient Familial CAF ou MSA, ou dernier avis d'imposition
Si non fourni, un QF 5000 sera automatiquement mis à votre dossier
- Attestation ATL CAF – si droits ouverts auprès de votre CAF départementale
Pour les séjours

Pour l'enfant :

- Attestation d'assurance responsabilité civile pour l'année scolaire en cours
- Copie de la page des vaccins à jour du carnet de santé (nom et prénom de l'enfant lisibles) ou certificat médical attestant de la vaccination à jour
- P.A.I. ou ordonnance en cas de prise de médicaments

Consentement – Protection des données

J'accepte que les données renseignées soient enregistrées sur le portail famille INOE :

OUI NON

J'accepte que les données renseignées soient utilisées à des fins de communication des informations du service :

OUI NON

J'accepte que la direction consulte notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, revenu, nombre d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs :

OUI NON

J'accepte que les données renseignées soient utilisées aux fins utiles pour la sécurité physique, morale et affective de l'enfant :

OUI NON

Toutes les informations recueillies dans ce dossier sont conservées durant toute la durée de fréquentation du Service Enfance Jeunesse de la Communauté de communes Saulieu-Morvan, et jusqu'au solde de toutes les factures dues.

Dans tous les cas, vous pouvez consulter, modifier et supprimer les informations soit par accès à votre Espace Famille, soit par demande auprès du service.

Je soussigné.e / nous soussignons _____,
responsable légal / responsables légaux du mineur _____,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si
nécessaire.

J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Fait à : _____

Le : _____

Signature(s) :