Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH) • **Bonnétable**
8 Rue Mazagran – 72110 Bonnétable
02 43 29 00 01 • 06 73 08 67 94 • alshbonnetable@mainesaosnois.fr

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

L'ENFANT

Nom
Prénom
Date de naissance
Sexe : F ☐ M ☐
L'enfant vit avec
Ecole fréquentée
Frères et sœurs

LES RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal ☐
Autorité parentale ☐

Mère/Père/Tuteur *(rayer les mentions inutiles)*
Nom et Prénom
Situation familiale
Adresse
Code postal/Commune
Adresse mail
☎ Portable
Profession
☎ Travail
Employeur
Code postal/ Commune

Responsable légal ☐
Autorité parentale ☐

Mère/Père/Tuteur *(rayer les mentions inutiles)*
Nom et Prénom
Situation familiale
Adresse
Code postal/Commune
Adresse mail
☎ Portable
Profession
☎ Travail
Employeur
Code postal/ Commune

Autre responsable *(personne qui a la charge effective de l'enfant)*

Responsable légal ☐
Autorité parentale ☐

Nom et Prénom
Lien avec l'enfant
Organisme
Adresse
Code postal/ Commune
Adresse mail
☎ Portable

N° allocataire CAF/MSA :
(Pour les personnes allocataires CAF de l'Orne ou MSA, merci de fournir un justificatif de la CAF ou de la MSA mentionnant votre quotient familial. A défaut, il faut nous fournir le dernier avis d'imposition des membres du foyer)

Autres personnes à contacter en cas d'urgence et autorisées à venir récupérer l'enfant :

Nom		Lien		Tél	
Nom		Lien		Tél	
Nom		Lien		Tél	
Nom		Lien		Tél	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L'ENFANT

1 - TRAITEMENT MEDICAL

L'enfant suit-il un traitement médical OUI ☐ NON ☐

Si oui, joindre impérativement :

- une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boite de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)
- un accord écrit et signé de votre part pour l'administration du médicament

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBÉOLE OUI ❑ NON ❑	VARICELLE OUI ❑ NON ❑	ANGINE OUI ❑ NON ❑	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI ❑ NON ❑	SCARLATINE OUI ❑ NON ❑
COQUELUCHE OUI ❑ NON ❑	OTITE OUI ❑ NON ❑	ROUGEOLE OUI ❑ NON ❑	OREILLONS OUI ❑ NON ❑	

Nom du médecin traitant

2 – ALLERGIE/ASTHME

Votre enfant est-il asthmatique ? OUI ☐ NON ☐

Votre enfant a-t-il une allergie : Médicamenteuse ☐ Alimentaire ☐ Autre ☐

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

3 – PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

Votre enfant a-t-il **un PAI** ? OUI ☐ NON ☐

⚠ Une copie du PAI et de l'ordonnance qui l'accompagne doivent être obligatoirement fournies ainsi que les médicaments.

4 – ALLOCATION D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ

Percevez-vous l'allocation **AEEH** ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, merci de nous fournir l'attestation MDPH afin d'accueillir au mieux votre enfant.

5 - INDIQUEZ CI-APRES

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

- Autres difficultés

6 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Si oui, doit-il
- les porter toute la journée ☐
- les ôter pour les temps de récréation ☐
- les ôter pour les jeux/activités sportives ☐

Régime alimentaire : Aucun ☐ Sans Porc ☐ Sans Viande ☐

Autres recommandations

7-AUTORISATIONS – Nom et prénom de votre enfant

	OUI	NON
J'autorise le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules de l'établissement ou dans un véhicule d'un transporteur collectif, dans le cadre des activités et/ou besoins inhérents à la vie de l'accueil de loisirs.		
J'autorise l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant (transport par SAMU, pompiers, hospitalisation, opération…).		
J'autorise l'équipe de direction à consulter mon dossier allocataire CAF afin d'accéder directement au quotient familial, via un site partenaire de la CAF : CDAP. Le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction.		
⚠ **J'autorise le personnel à photographier ou filmer mon enfant**, dans la mesure où les images/films ne sont utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement (activités, expositions…). J'autorise gracieusement l'utilisation par l'établissement d'accueil des photos et vidéos faites durant les activités. Ce droit à l'image autorise également que les photos de mon enfant apparaissent sur un blog dédié à l'accueil de loisirs ainsi que sur les différents supports de communication de la Communauté de Communes Maine Saosnois.		
⚠ **J'autorise le personnel à faire photographier** mon enfant par les journalistes/correspondants en vue d'articles dans les journaux locaux.		
⚠ **J'autorise le personnel à diffuser les photos/vidéos** de mon enfant sur les réseaux sociaux.		
J'autorise mon enfant à partir seul de l'accueil de loisirs.		

Je joins à cette fiche de renseignements :

- ☐ La copie des vaccins
- ☐ Une attestation d'assurance extra-scolaire ou responsabilité civile

☐ Je déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs pour les temps périscolaires (mercredis) et extrascolaires (petites et grandes vacances) et m'engage à les respecter.

☐ Je certifie exactes les informations fournies et m'engage à faire part de toute modification pouvant intervenir et accepte que mes données soient utilisées aux fins décrites dans le présent texte.

Date :

Signature :

MENTIONS LEGALES – LOI RGPD

(Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, dite « Informatique et libertés », modifiée et Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, dit Règlement Général sur la Protection des Données – RGPD)

En remplissant ce formulaire remis à la Communauté de Communes Maine Saosnois, vous autorisez la collecte de Données à Caractère Personnel (DCP) vous concernant et concernant votre enfant ainsi que leur utilisation dans le cadre de la gestion des activités Accueil de Loisirs (ALSH) mise en place par la Communauté de communes.

Le traitement de ces DCP, effectué sur la base de votre consentement, est nécessaire pour assurer les services de cet ALSH dans les meilleures conditions (inscription, organisation des activités, contact en cas de besoin, envoi d'informations, facturation)

Ces DCP seront conservées par la Communauté de communes le temps nécessaire pour atteindre la(les) finalité(s) de ce traitement. Et dans le cadre du traitement de ces données, sont prises toutes les mesures de sécurité appropriées pour les protéger.

Sauf disposition législative, règlementaire ou décision de justice contraire, l'accès à ces DCP sera restreint aux personnes habilitées à les traiter et le cas échéant aux prestataires techniques dans le respect de la réglementation. En aucun cas, elles ne seront transmises à d'autres tiers.

De façon tout à fait ponctuelle, certaines de ces données (ex: nom, prénom de l'enfant) pourraient être transmises à un prestataire en lien avec les activités organisées (ex : société de transport).

Conformément aux dispositions du RGPD, vous disposez des droits suivants dans les conditions précisées par ce règlement :
-Droit d'accès aux données, de portabilité-de rectification ou d'effacement de ces données,
-Droit à la limitation du traitement de ces données ou d'opposition à ce traitement.

Pour exercer l'un de ces droits ou pour toute information complémentaire concernant le traitement de vos données personnelles, vous pouvez prendre contact avec le responsable de leur traitement par e-mail (accueil@mainesaosnois.fr) ou par voie postale (7 place Henri-Coutard 72260 MAROLLES LES BRAULTS). Vous pouvez également adresser votre demande au Délégué à la Protection des Données de l'ATESART désigné par la Communauté de Communes (dpo@sarthe.fr).

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, il vous est également possible d'adresser une réclamation à la CNIL (contact@cnil.fr)