

Nom et prénom de la mère : ( à facturer)

Nom et prénom du père : ( à facturer)

.....

.....

Adresse : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tél. travail.....

Tél. travail.....

Tél. portable.....

Tél. portable.....

Email : .....

Email : .....

Numéro Allocataire CAF/MSA : .....Nom de l'allocataire : .....

Je, soussigné(e) (nom, prénom) .....

Autorise mon enfant : ....., né(e) le : ..... à : .....

à participer aux activités de l'ALSH  Oui  Non

à être photographié et filmé :  Oui  Non

à repartir seul après l'accueil de loisirs  Oui  Non

Indiquer le nom, prénom et numéro de téléphone de ou des personnes chargées de récupérer votre enfant (autres que les responsables légaux)

Nom Prénom	Téléphone	Autorisé à venir chercher l'enfant	A prévenir en cas d'urgence

#### Cochez les cases de présence de l'enfant

Jours	Du 12 au 16 juillet 2021	Du 19 au 23 juillet 2021	Du 26 au 30 juillet 2021	Du 2 au 6 août 2021
Lundi	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> aps midi	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> aps midi	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> aps midi	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> aps midi
Mardi	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> aps midi	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> aps midi	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> aps midi	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> aps midi
Merc.	<b>14 juillet - Fermé</b>	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> aps midi	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> aps midi	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> aps midi
Jeudi	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> aps midi	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> aps midi	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> aps midi	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> aps midi
Vend.	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> aps midi	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> aps midi	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> aps midi	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> aps midi
		<input type="checkbox"/> mini-camp Sorbais (enfants nés à partir de 2011)		

J'ai pris connaissance du règlement intérieur

J'autorise la communauté de communes du val de l'Oise à utiliser « mon compte partenaire » (CAF) pour connaître mon quotient familial

Le Président de la communauté de communes du val de l'Oise, sis à Mézières sur Oise, route d'itancourt a désigné l'ADICO sis à Beauvais (60000), 2 rue Jean Monnet en qualité de délégué à la protection des données. Les données recueillies dans ce formulaire sont destinées à la réalisation du traitement inscription et facturation des accueils de loisirs. Ce traitement est basé sur le consentement des personnes concernées. Les données ne sont destinées qu'à la communauté de communes du val de l'Oise et aux communes adhérentes. Elles sont conservées pour une durée de 5 ans. Conformément aux articles 15 à 22 du règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité des données vous concernant. Pour exercer ces droits, nous vous invitons à contacter h.buffet@ccvo.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne ou par voie postale à la CNIL.

Le .....

A .....

Signature du ou des parent(s)

# FICHE SANITAIRE 2021 (Joindre copies des Vaccins)

Enfant ..... Né(é) le .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Enfance Jeunesse. Elle évite de vous démunir de votre carnet de santé.

## 1- VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>Ou</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## 2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil  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 allergies et les maladies suivantes ?

**ALLERGIES :** ASTHME  oui  non  
 ALIMENTAIRES  oui  non  
 MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen)  oui  non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication le signaler)**.

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

L'enfant bénéficie-t-il de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ?  oui  non

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

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme Articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 : .....

Médecin traitant : ..... Téléphone : .....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention (chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement

Date :

Signature du responsable légal :