3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne : .....
.....
.....
.....

Votre enfant est-il fumeur ? ☐ Oui ☐ Non
Votre enfant a-t-il votre autorisation pour fumer ? ☐ Oui ☐ Non
Votre jeune fille a-t-elle ses règles ? ☐ Oui ☐ Non

Informations diverses : .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4- RESPONSABLE DU MINEUR :

Nom et prénom de la mère : .....
Adresse : .....
Tél. travail.....
Tél. portable.....
Email :.....

Nom et prénom du père : .....
Adresse : .....
Tél. travail.....
Tél. portable.....
Email :.....

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 :

Communauté de Communes du
Val de l'Oise
La Dynamique rurale

alsh

Accueil de Loisirs Sans Hébergement

Inscription ALSH 11 Juillet au 5 Août 2022

☐ **Brissy-Hamégicourt 3/6 ans**
☐ **Séry-les-Mézières 7/17 ans**
☐ **Ribemont 3/17 ans**

Nom et prénom de la mère : (☐ A facturer)
.....
Adresse : .....
.....
.....
Tél. travail.....
Tél. portable.....
Email :.....

Nom et prénom du père : (☐ A facturer)
.....
Adresse : .....
.....
.....
Tél. travail.....
Tél. portable.....
Email :.....

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

Je, soussigné(e) (nom, prénom) .....
Autorise mon enfant : .....
Né(e) le : ..... à : .....

A participer aux activités de l'ALSH	☐ Oui	☐ Non
A être photographié et filmé :	☐ Oui	☐ Non
A repartir seul à la fin de l'accueil de loisirs	☐ Oui	☐ Non
A prendre les navettes de bus du matin et du soir	☐ Oui	☐ Non
A repartir seul à la descente des navettes de bus le soir	☐ Oui	☐ Non
A être transporté en bus lors des sorties	☐ Oui	☐ Non

(Si non joindre un certificat de contres indications)

Indiquer le nom, prénom et numéro de téléphone de ou des personnes chargées de récupérer votre enfant (autres que les responsables légaux) *(En cas de besoin rajouter une liste sur papier libre avec signature)*

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

Du 11 au 15 Juillet 2022 *Férié le 14 Juillet 2022 pas d'ALSH*	Du 18 au 22 Juillet 2022
☐ Garderie du matin *(Inscription obligatoire)* ☐ Semaine avec repas ☐ Semaine sans repas ☐ Repas le jour de la sortie ☐ Garderie du soir *(Inscription obligatoire)* ☐ Repas (Si semaine sans repas)	☐ Garderie du matin *(Inscription obligatoire)* ☐ Semaine avec repas ☐ Semaine sans repas ☐ Repas le jour de la sortie ☐ Garderie du soir *(Inscription obligatoire)* ☐ Repas (Si semaine sans repas) ☐ Camp à Sorbais (enfant nés à partir de Juillet 2012)

Du 25 au 29 Juillet 2022	Du 01 au 05/08/ 2022
☐ Garderie du matin *(Inscription obligatoire)* ☐ Semaine avec repas ☐ Semaine sans repas ☐ Repas le jour de la sortie ☐ Garderie du soir *(Inscription obligatoire)* ☐ Repas (Si semaine sans repas)	☐ Garderie du matin *(Inscription obligatoire)* ☐ Semaine avec repas ☐ Semaine sans repas ☐ Repas le jour de la sortie ☐ Garderie du soir *(Inscription obligatoire)* ☐ Repas (Si semaine sans repas))

Attention les garderies du matin et du soir sont sur inscription préalable. Nous ne prévoyons pas d'animateur le matin et le soir s'il n'y a pas d'inscription. Il peut donc ne pas y avoir d'animateur dans les locaux avant 8h30.

☐ J'ai pris connaissance du règlement intérieur et je l'accepte dans son intégralité.

☐ 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 r.troszczynski@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 2022

(Joindre obligatoirement une copie des vaccins et maladies infantiles)

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
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou 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 donner sans ordonnance.

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

ALLERGIES :

ASTHME ☐ Oui ☐ Non
ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non
MEDICAMENTEUSES ☐ 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	Varicelle	Angine	Rhumatisme Articulaire aigu	
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Coqueluche	**Otite**	**Rougeole**	**Oreillons**	**Scarlatine**
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non