



## Accueil de Loisirs Sans Hébergement Du 08 juillet au 02 août 2024

Brissy Hamégicourt 3/5 ans.  Séry les Mézières 6/17 ans.

Ribemont 3/5 ans.  Ribemont 6/17 ans.

Nom et prénom de la mère : (  A facturer)

Nom et prénom du père : (  A facturer)

.....

.....

Adresse : .....

Adresse : .....

.....

.....

.....

.....

Date de Naissance : .....

Date de Naissance : .....

Lieu de Naissance : .....

Lieu de Naissance : .....

Tél. travail : .....

Tél. travail : .....

Tél. portable : .....

Tél. portable : .....

Email : .....

Email : .....

**Attention votre numéro est obligatoire pour l'inscription, même si vous n'avez pas d'aide de la CAF.**

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, filmé pour une diffusion des photos : (Site internet, brochure, flyers, Facebook ...etc.)  Oui  Non

A repartir seul à la fin de l'accueil de loisirs  Oui  Non

### Pour l'inscriptions à l'ALSH de Séry les Mézières ou de Brissy Hamégicourt.

Votre enfant prendra t'il les navettes de bus matin et soir ?  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 (Si non joindre un certificat de contres indications)  Oui  Non

A prendre des médicaments en cas de traitement avec ordonnance et certificat  Oui  Non

A être transporté à l'hôpital par les services d'urgences en cas d'accident.  Oui  Non

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 08 au 12 juillet 2024	Du 15 au 19 juillet 2024
<input type="checkbox"/> Garderie du matin <i>(Inscription obligatoire)</i> <input type="checkbox"/> Semaine avec repas <input type="checkbox"/> Semaine sans repas <input type="checkbox"/> Repas le jour de la sortie <input type="checkbox"/> Garderie du soir <i>(Inscription obligatoire)</i>	<input type="checkbox"/> Garderie du matin <i>(Inscription obligatoire)</i> <input type="checkbox"/> Semaine avec repas <input type="checkbox"/> Semaine sans repas <input type="checkbox"/> Repas le jour de la sortie <input type="checkbox"/> Garderie du soir <i>(Inscription obligatoire)</i>

Du 15 au 19 juillet 2024
<input type="checkbox"/> <b>Camp de 5 jours/4 nuits du lundi matin au vendredi soir pour les enfants de 10 ans et plus.</b> <i>(Sous reverse d'une confirmation)</i>

Du 22 au 26 juillet 2024	Du 29 juillet au 02 août 2024
<input type="checkbox"/> Garderie du matin <i>(Inscription obligatoire)</i> <input type="checkbox"/> Semaine avec repas <input type="checkbox"/> Semaine sans repas <input type="checkbox"/> Repas le jour de la sortie <input type="checkbox"/> Garderie du soir <i>(Inscription obligatoire)</i>	<input type="checkbox"/> Garderie du matin <i>(Inscription obligatoire)</i> <input type="checkbox"/> Semaine avec repas <input type="checkbox"/> Semaine sans repas <input type="checkbox"/> Repas le jour de la sortie <input type="checkbox"/> Garderie du soir <i>(Inscription obligatoire)</i>

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

**Voir liste des documents à fournir dans le règlement intérieur ci-joint.**

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

La Présidente 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 2024

*(Joindre obligatoirement une copie des vaccins et maladie 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	
<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 donné sans ordonnance.**

Votre enfant a-t-il un dossier MDPH ? Même en cours de traitement ?

Oui  Non

Votre enfant est-il accompagné durant l'année scolaire par une AESH ?

Oui  Non

Votre enfant bénéficie-t-il de l'AEEH « Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé » ?

Oui  Non

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 <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 : .....

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 :