

# Fiche individuelle de renseignements

## L'ENFANT

NOM : .....	Age : .....ans	<input type="checkbox"/> Fille	<input type="checkbox"/> Garçon
Prénom : .....	Classe actuelle : .....		
Né(e) le : ...../...../.....	N° de sécurité sociale : .....		

## Nous soussignons, LE PERE

NOM du père : .....	Portable : ...../...../...../...../.....	Tél : ...../.../.../.../...
		Tél professionnel : ...../...../...../...../.....
Prénom : .....	E-mail : .....@.....	
Né le ..... / ..... / .....	à .....	
Adresse complète : .....		
Code postal : .....	VILLE : .....	

## LA MERE

NOM de la mère : .....	Portable : ...../...../...../...../.....	Tél : .../.../.../.../...
		Tél professionnel : ...../...../...../...../.....
Prénom : .....	E-mail : .....@.....	
Née le ..... / ..... / .....	à .....	
Adresse complète (si différente de celle du père) : .....		
Code postal : .....	VILLE : .....	

- autorisons notre (nos) enfants à communiquer via mails, snapchat et autres réseaux sociaux, avec tous les membres de l'Accueil de Loisirs,
- autorisons notre (nos) enfant(s) à pratiquer sans restriction toutes les activités de l'accueil de Loisirs, avec les moyens de transports qui seront nécessaires,
- autorisons l'équipe de l'Accueil de Loisirs à photographier ou filmer notre (nos) enfant(s) et utiliser les documents dans les journaux, calendrier, site internet des loustiques... (hors Facebook)
- déclarons avoir pris connaissance du règlement en vigueur,

*Vous êtes informés que les données de ce formulaire constituent des données personnelles et sont collectées uniquement par l'Association Les Loustiques. Ce traitement a donc pour finalité le traitement des inscriptions. Il est fondé sur l'article 6-1 f du règlement européen relatif à la protection des données personnelles du 27 avril 2016 ( intérêt légitime du responsable de traitement). Il n'est ni transféré , ni cédé. L'Association Les Loustiques est seule destinataire de ces données à caractère personnel. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou d'opposition et droit à la portabilité des données, que vous pouvez exercer par courrier à l'attention de l'Association Les Loustiques. Vous disposez également d'un droit de réclamation auprès de la CNIL 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07*

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

-Vaccinations: joindre la copie de la page de vaccination du carnet de santé de l'enfant

- L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ?  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-

-Allergies :  **Asthme**  **Alimentaires**  **Médicamenteuses**  **Autres**

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....  
.....  
.....  
.....

-Difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération etc..) en précisant les dates et précautions à prendre :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

-Recommandations utiles des parents (port de lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires etc..) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Vous êtes informés que les données de ce formulaire constituent des données personnelles et sont collectées uniquement par l'Association Les Loustiques. Ce traitement a donc pour finalité le traitement des inscriptions. Il est fondé sur l'article 6-1 f du règlement européen relatif à la protection des données personnelles du 27 avril 2016 ( intérêt légitime du responsable de traitement). Il n'est ni transféré , ni cédé. L'Association Les Loustiques est seule destinataire de ces données à caractère personnel. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou d'opposition et droit à la portabilité des données, que vous pouvez exercer par courrier à l'attention de l'Association Les Loustiques.Vous disposez également d'un droit de réclamation auprès de la CNIL 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07*

-Nom et tél du médecin traitant (facultatif) :

.....  
.....  
.....

***Je soussigné(e) .....Prénom.....  
Responsable légal de l'enfant....., déclare exacts  
les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à  
prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation,  
intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.***

***Pour tout changement avant le début du séjour de l'enfant, le responsable légal s'engage  
à transmettre au responsable du centre toutes les informations utiles à la bonne prise en  
charge sanitaire de l'enfant. Faute de transmission, l'association ne pourra être rendue  
responsable en cas de problème suite à ces manquements.***

Date :

Signature :

Observations éventuelles :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Vous êtes informés que les données de ce formulaire constituent des données personnelles et sont collectées uniquement par l'Association Les Loustiques. Ce traitement a donc pour finalité le traitement des inscriptions. Il est fondé sur l'article 6-1 f du règlement européen relatif à la protection des données personnelles du 27 avril 2016 ( intérêt légitime du responsable de traitement). Il n'est ni transféré , ni cédé. L'Association Les Loustiques est seule destinataire de ces données à caractère personnel. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou d'opposition et droit à la portabilité des données, que vous pouvez exercer par courrier à l'attention de l'Association Les Loustiques.Vous disposez également d'un droit de réclamation auprès de la CNIL 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07*