



# Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH) L'Ilot Z'Enfants

Rue des Jeux Brillants - 72600 Mamers

Tel : 02.43.34.87.19 // 06.62.16.95.69 // Mail : alshmaternel.mamers@mainesaosnois.fr

## FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

### ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : F  M

L'enfant vit avec : .....

Régime alimentaire : Aucun  Sans Porc  Sans Viande  Allergies alimentaires : .....

Nom du médecin traitant : .....  .....

Ecole fréquentée : .....

### REPRESENTANT LEGAL

ADRESSE : .....  
.....

**Responsable 1** : Nom-Prénom ..... Lien de parenté : .....

Adresse mail : .....

 Portable : .....  Domicile : .....

Profession : .....  Travail : .....

Employeur : .....

Situation familiale (marié, séparé, pacsé...) : .....

**Responsable 2** : Nom-Prénom ..... Lien de parenté : .....

 Portable : .....  Domicile : .....

Profession : .....  Travail : .....

Employeur : .....

Situation familiale (marié, séparé, pacsé...) : .....

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)*

Autre personne à contacter en cas de nécessité et qui peut récupérer l'enfant :

..... (lien : .....) Tél : .....

.....(lien : .....) Tél : .....

# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L'ENFANT

## TRAITEMENT MEDICAL

L'enfant suit-il un traitement médical OUI  NON

Si oui, joindre impérativement :

- une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte 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

## ALLERGIE

Votre enfant a-t-il une allergie :

Asthme  Médicamenteuse  Alimentaire  Autre

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

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

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

Si oui, merci de donner une copie du PAI et l'ordonnance qui l'accompagne

## INDIQUEZ CI-APRES :

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

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

- Autres difficultés :

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

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Si oui, doit-il

les porter toute la journée	<input type="checkbox"/>
les ôter pour les temps de récréation	<input type="checkbox"/>
les ôter pour les jeux/activités sportives	<input type="checkbox"/>

Autres recommandations :

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

# AUTORISATIONS – Nom-prénom de votre enfant : .....

- Le personnel est autorisé à transporter ou faire transporter votre 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 **OUI**  **NON**
- Le personnel est autorisé à administrer à votre enfant les éventuelles médications prescrites par un médecin, sur présentation d'une ordonnance et de votre accord **OUI**  **NON**
- L'équipe de direction est autorisée à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant votre enfant (transport par SAMU, Pompiers, hospitalisation, opération...) **OUI**  **NON**
- Le personnel est autorisé à photographier ou filmer votre 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...). Vous autorisez gracieusement l'utilisation par l'établissement d'accueil des photos et vidéos faites durant les activités **OUI**  **NON**
- Le personnel est autorisé à faire photographier votre enfant par les journalistes/correspondants en vue d'articles dans les journaux locaux **OUI**  **NON**
- Le personnel est autorisé à diffuser les photos/vidéos de votre enfant sur les réseaux sociaux **OUI**  **NON**
- L'équipe direction est autorisée à consulter votre dossier allocataire CAF de la Sarthe afin d'accéder directement à votre 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). **OUI**  **NON**

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

Je joins à cette fiche de renseignements :

La copie des vaccins

Une attestation d'assurance extra-scolaire ou responsabilité civile

## **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, réglementaire 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](mailto: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](mailto: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](mailto:contact@cnil.fr))

**Je reconnais avoir pris connaissance de ces informations et accepte que mes données soient utilisées aux fins décrites dans le présent texte.**

Date :

Signature :