

Fiche de Renseignements

Date du séjour :/...../..... au/...../.....

Centre :

L'ENFANT :

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Genre : ☐ Masculin ☐ Féminin

LA FAMILLE (Responsable Légal) :

Responsable légal, en qualité de

Nom - Prénom :

Adresse :

Ville : Code postal :

Mail : Portable :

Contact avec les parents autorisés : ☐ Oui ☐ Non Autres :

N° Allocataire CAF (si vous en possédez un) :

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

1- NOM :

Prénom :

En qualité de :

mail :

Portable :

2- NOM :

Prénom :

En qualité de :

mail :

Portable :



Note sur les dispositions légales relatives à la gestion des données personnelles (RGPD)

Les informations à caractère personnel que l'Association détient sont et seront :

Utilisées légalement, de manière appropriée et transparente et dans le respect du droit des personnes, des libertés individuelles et collectives ;

Recueillies et traitées que pour un usage déterminé et légitime, correspondant aux missions de l'Association responsable du traitement ;

Pertinentes, adéquates et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées ;

Précises et mises à jour afin de s'assurer de leur exactitude ;

Conservées aussi longtemps que nécessaire en fonction de la finalité ;

Traitées de façon à garantir une sécurité appropriée et à éviter leur divulgation au moyen de mesures techniques ou organisationnelles appropriées.

Retrouvez plus de détails en consultant notre charte d'engagement relative à la protection des données personnelles.

Nom et prénom de l'enfant :

.....

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX & SANTÉ :

Nom - Prénom : Responsable légal, en qualité de.....
 Certifie que l'enfant, NOM..... Prénom..... est à jour de toutes ses vaccinations obligatoires et est, à ce jour apte à la vie en collectivités.

Merci de nous transmettre la copie du carnet de vaccination. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication avec ce dossier.

L'enfant a-t-il déjà contracté les maladies ci-dessous :

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
Rubéole	☐	☐	Oreillons	☐	☐	Angine	☐	☐
Coqueluche	☐	☐	Otites	☐	☐	Rhumatismes	☐	☐
Varicelle	☐	☐	Rougeole	☐	☐	Scarlatine	☐	☐

L'enfant fait-il de l'asthme ? ☐ OUI ☐ NON Si oui, dans quel cas ?

Poids de l'enfant :

Votre enfant est-il concerné par des allergies : (Si oui, merci de fournir le PAI)

☐ Médicamenteuses ☐ Alimentaires ☐ Autres.....

L'enfant suit-il un régime alimentaire spécifique pour raison médicale ou de conviction : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel ? ☐ Sans porc ☐ Sans viande ☐ Végétarien ☐ Autres.....

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, merci de joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec leur notice dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant) au départ du séjour ou dans la valise de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Nom et Prénom du médecin traitant :

Coordonnées du médecin traitant (téléphone, adresse postale) :

RECOMMANDATIONS UTILES POUR LE SÉJOUR :

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation...)

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires : ☐ OUI ☐ NON

Votre enfant a-t-il des difficultés de motricité, de fatigabilité, de compréhension, de comportement ou de relation sociale : ☐ OUI ☐ NON Si oui, précisez

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement spécifique dans les actes de la vie quotidienne et/ou la pratique des activités en séjours vacances ? ☐ OUI ☐ NON Si oui, précisez

Avez-vous des recommandations d'ordre général ? Des informations sur un suivi particulier de l'enfant ? (doudou, veilleuse, énurésie...)

.....



Déclaration sur l'honneur

Nom et prénom de l'enfant :

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR (RESPONSABLE LÉGAL) :

Je soussigné(e), responsable de l'enfant

- Certifie avoir pris connaissance du programme prévu lors du séjour et autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités du centre
- Atteste que mon enfant est apte à la pratique des activités prévues au programme du séjour.
- Autorise le responsable du séjour à prendre, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant précité.
- M'engage à rembourser aux PEP 53, l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques avancés.
- Accepte toutes décisions de renvoi de mon enfant (pour inadaptation, violence, détention ou consommation d'alcool ou de stupéfiants...(liste non exhaustive)) et m'engage à le récupérer durant le séjour et sans délais si nécessaire.
- M'engage à prendre à ma charge les frais de ce retour et renonce à toute demande de remboursement du séjour.
- Déclare exacts et sincères tous les renseignements portés sur toutes les pages du dossier de l'enfant et m'engage à les réactualiser s'il y a un changement.
- M'engage à fournir à l'association des PEP 53, tous les documents demandés (attestation sécurité sociale, copie du carnet de vaccination)

Fait à :

Signature du responsable légal :

Le :

Droit à l'image

Je soussigné(e)

Responsable de l'enfant

En qualité de

- ☐ Autorise l'équipe du séjour de diffuser des photos de mon enfant sur le blog sécurisé du séjour selon les conditions générales d'utilisation du blog ondonnedesnouvelles.com.
- ☐ Autorise l'association des PEP 53 à photographier / filmer mon enfant.
L'image peut être utilisée, publiée, adaptée ou modifiée seule ou en combinaison avec d'autres éléments par tous moyens, méthodes ou techniques connus aujourd'hui ou à venir.
Elle s'applique à la promotion et à la communication interne ou externe des PEP 53.
Il s'agit principalement de diffusion, de reproduction et d'affichage sur tous les supports analogiques ou numériques (notamment brochures, rapports annuels, Power Point, supports promotionnels, présentations y compris expositions ouvertes au public, fiches d'information, supports de presse, disques durs, sites internet, réseaux sociaux, etc.).

La présente autorisation du droit à l'image est consentie à titre gratuit, pour une durée illimitée et sans limitation géographique.

Ne pas oublier de cocher les cases, si vous autorisez le droit à l'image.

Signature (précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

Fait à :

Le :



Document (3 pages) à retourner au Service Activités Sociales du CASI