

DOCUMENT CONFIDENTIEL (Obligatoire : remplir une fiche par enfant).

cette fiche fait l'objet d'un archivage limité dans le temps selon les recommandations de la CNIL. De ce fait elle doit être renouvelée chaque année.

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe : Masculin Féminin

Classe :

Votre enfant bénéficie t'il :

- d'une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) : Oui Non
- d'un Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) : Oui Non
- d'un Projet Personnalisé de scolarisation (PPS) : Oui Non

- Accueil périscolaire matin
- Accueil périscolaire soir
- Accueil du mercredi
- Accueil de loisirs vacances
- Restaurant scolaire

PERSONNE RESPONSABLE LEGALE DE L'ENFANT

Madame Monsieur Père Mère

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone : Fixe :/...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../.....

Professionnel/...../...../...../.....

Courriel :@.....

PERSONNE RESPONSABLE LEGALE DE L'ENFANT

Madame Monsieur Père Mère

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone : Fixe :/...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../.....

Professionnel/...../...../...../.....

Courriel :@.....

Situation familiale : célibataire marié(e) veuf(ve) vie maritale divorcé(e)* séparée(e) pacsé(e)

* Fournir le jugement de divorce

PERSONNES MAJEURES AUTRES QUE LES PARENTS AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

(ces personnes seront invitées à présenter un justificatif d'identité avec photo)

Nom / Prénom	Lien de parenté	Téléphone
	/...../...../...../.....
	/...../...../...../.....
	/...../...../...../.....
	/...../...../...../.....

A la demande du ou des parents, les enfants pourront être confiés à des personnes mineures. Cependant, un responsable légal devra désigner par écrit le tiers mineur autorisé à prendre en charge leur(s) enfant(s).

EN CAS D'URGENCE PREVENIR (si le responsable légal de l'enfant n'est pas joignable) :

Nom / Prénom :Téléphone :/...../...../...../.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT (facultatif sauf si l'enfant souffre de pathologies chroniques ou aiguës) : Dr.....

Adresse :Téléphone :/...../...../...../.....

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Mairie de Drefféac pour l'inscription des enfants en accueil périscolaire, extrascolaire et restauration scolaire. La base légale du traitement est une mission d'intérêt public et l'intérêt légitime du responsable de traitement. Les données collectées seront communiquées au seul destinataire suivant : Le service Enfance de la commune de Drefféac. Les données sont conservées pendant la durée de la scolarité de l'enfant. Selon l'article 40 de la loi n°78-17 modifiée par la loi n° 2018-493, vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données ; Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données. Cependant, l'effacement, le retrait du consentement ou l'opposition au traitement entrainera la perte des bénéfices du service. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.



VACCINATIONS (données obligatoires)

- Si l'enfant est né avant le 1^{er} janvier 2018 : Joindre les photocopies du carnet de vaccinations

Vaccins obligatoires

- Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite (DTP) Oui Non Date de rappel.....

- Si l'enfant est né après le 1^{er} janvier 2018 : Joindre les photocopies du carnet de vaccinations

Vaccins obligatoires

- Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite (DTP) oui Non Date de rappel :
- Coqueluche oui Non Date de rappel :
- Hépatite B oui Non Date de rappel :
- Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b oui Non Date de rappel :
- Méningocoque de sérogroupe C oui Non Date de rappel :
- Rougeole, Oreillons, Rubéole oui Non Date de rappel :

En cas de contre-indication du vaccin, joindre le certificat médical du médecin

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant suit-il un traitement médical permanent ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente. Si besoin d'administrer des médicaments, merci de notifier le nom de l'enfant sur la boîte et fournir une autorisation parentale. **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

- L'enfant a-t-il des allergies ? Oui Non

Asthme Oui Non

Médicamenteuses Oui Non

Alimentaires Oui Non

Autres :

Conduite à tenir en cas d'allergie :

- L'enfant bénéficie-t-il d'un repas spécifique Sans Porc Sans Bœuf Autre

- L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet Accueil Individualisé) ? Oui Non

Si oui, fournir une copie du PAI et du protocole à suivre. Une trousse au nom de l'enfant, avec le traitement et l'ordonnance, devra être déposée au sein de la structure d'accueil.

- L'enfant présente-t-il un handicap ou un problème de santé ? Oui Non

Si oui, indiquez les difficultés rencontrées (hémophilie, diabète, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, rééducation...)

- L'enfant porte-t-il des lunettes ? Oui Non

- L'enfant porte-t-il un appareil dentaire ? Oui Non

- L'enfant porte-t-il une aide auditive ? Oui Non

- L'enfant souffre-t-il d'énurésie ? Oui Non

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à repartir seul chez lui Oui Non

J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties Oui Non

J'autorise la direction à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale ou à donner les médicaments nécessaires au traitement de mon enfant sur ordonnance médicale Oui Non

J'autorise la prise de photo ou de vidéo de mon enfant et que son image puisse être diffusée, exposée... dans le cadre d'un usage communal (bulletin, exposition photos...) Oui Non

J'autorise mon enfant à emprunter les différents transports (mini-bus, utilitaires,...) dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires Oui Non

Je soussigné(e) (Nom, Prénom), responsable légal de l'enfant (Nom, Prénom) certifie l'exactitude des renseignements donnés.

A le

Signature,