



**Fiche de renseignements 2022**  
Valable à partir du 11 juillet 2022 pour le centre de loisirs estival

Aucun dossier ne sera pris en compte sans ce document.

Avez-vous déjà inscrit votre enfant l'an passé aux centres de loisir gérés par Les Francas 44 :  OUI  NON

**NOM de l'Enfant :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_

---

**DATE de NAISSANCE :** \_\_\_\_\_ **Garçon**  **Fille**

**Ecole :** \_\_\_\_\_ **Classe à la rentrée 2022/2023** \_\_\_\_\_

**1°-VACCINATIONS OBLIGATOIRES :**

Pour les enfants nés avant 2018, les vaccins obligatoires sont les DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite). Pour info un rappel doit être fait à 6 ans et 11 ans.

Pour les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018, les vaccins obligatoires sont :

- Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)
- Coqueluche
- Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b
- Hépatite B
- Infections invasives à pneumocoque
- Méningocoque de sérogroupe C
- Rougeole, oreillons et rubéole.

**(Fournir la photocopie des vaccins / si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication)**

**2°- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR L'ENFANT :**

- Votre enfant présente-t-il une pathologie chronique ou aigüe en cours ?      oui  non
- Votre enfant suit-il un traitement médical ?      oui  non

Si oui, fournir un certificat médical ou un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)

- Votre enfant présente-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux, ou autres éléments d'ordre médical susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil ?      oui  non

Merci de préciser ou de fournir un certificat médical de non contre-indication si besoin :

.....

.....

- Avez-vous d'autres observations à transmettre aux équipes ?

.....

- Votre enfant est-il porteur d'un handicap ? oui  non

- Si oui, pouvez-vous nous décrire la nature du handicap ?

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

- Votre enfant fait-il l'objet d'une reconnaissance de la part de la MDPH ? oui  non

(Merci de joindre un justificatif)

- Le handicap de votre enfant nécessite-t-il un accompagnement quotidien par une personne dédiée ? oui  non

Régimes Spécifiques – Allergies- Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)			
Allergie Alimentaire (1)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Merci de préciser :..... Votre enfant bénéficie-t-il déjà d'un PAI ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Allergie Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :.....

**(1)** Si votre enfant présente une allergie alimentaire ne pouvant pas être évité uniquement par l'éviction d'un aliment, **un protocole d'accueil individualisé** doit être mis en place. Merci de vous rapprocher des Francas afin de faire les démarches.

**3°-FAMILLE DE L'ENFANT :**  Marié  Pacsé  Vie maritale  Célibataire/Veuf

### COMPOSITION DU FOYER

LIEN AVEC L'ENFANT : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

TEL. FIXE : .....

PORTABLE : .....

TEL. TRAVAIL : .....

EMAIL : .....

LIEN AVEC L'ENFANT : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

TEL. FIXE : .....

PORTABLE : .....

TEL. TRAVAIL : .....

EMAIL : .....

**Représentants légaux** (Parents) si séparés ou divorcés fournir une copie du jugement de divorce.

PARENT 1 : ..... PARENT 2 : .....

Autorisation pour l'autre parent de récupérer l'enfant :  oui  non

Garde alternée :  oui  non (1 dossier à faire pour chaque parent)

Semaine impaire  Semaine paire

**ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE OBLIGATOIRE (Fournir l'attestation)**

Compagnie : ..... Lieu : ..... N° de police : .....

**NUMERO DE SECURITE SOCIALE au quel est rattaché l'enfant**

Numéro : .....

Dans le cas où vous seriez titulaire de la Couverture Maladie Universelle (CMU), merci de nous joindre l'attestation à laquelle est rattaché votre enfant.

**4°-PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE et AUTORISEES A VENIR CHERCHER MON ENFANT**

**(Autres adultes ou mineur de 16 ans et plus) :**

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : ..... Lien : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : ..... Lien : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : ..... Lien : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : ..... Lien : .....

**5°-AUTORISATION A QUITTER LA STRUCTURE :**

**Centre de loisirs et Accueil périscolaire :**

**La journée ou la demi-journée ALSH se terminant entre 11h30 et 12h ou 17h et 17h30 :**

**J'autorise** mon enfant à quitter seul la structure à ..... h .....  **Je n'autorise pas**

**6°-AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION MEDICALE ET/OU CHIRURGICALE:**

Sous réserve d'en être informé le plus rapidement possible, **Nous**, .....

**autorisons**  **n'autorisons pas** les FRANCAS 44 à prendre toute décision nécessaire en cas d'urgence en notre absence, y compris le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (SAMU, Pompiers) pour que puisse être pratiquée, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie, sur notre enfant.

**7°-AUTORISATION DE TRANSPORT:**

**J'autorise**  **Je n'autorise pas** les FRANCAS 44 à organiser le transport de mon enfant (sortie) dans le respect de la législation en vigueur (Bus/Autocar/Minibus/Voiture de service).

**8°-DROIT A L'IMAGE:**

J'autorise les FRANCAS 44 à utiliser les photographies où mon enfant apparaît afin d'illustrer les supports municipaux d'information et de communication.

**Support papier FRANCAS**  oui  non **Support web FRANCAS**  oui  non

Nous, soussignés....., déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.

**L'utilisation de nos services est soumise à l'acceptation du règlement intérieur du centre de loisirs d'été géré par les Francas de Loire Atlantique disponible sur <https://acmsaintjeandeboiseau.fr/>**

**Le centre de loisirs d'été est facturé en fonction de votre quotient familial connu à la date d'inscription. Le règlement est versé par la famille à l'inscription**

**Pour se faire, merci de nous communiquer votre numéro d'allocataire ou de MSA.**

Si vous n'êtes ni allocataire CAF, ni MSA ou que vous nous refusez l'accès à CAF.fr, merci de nous fournir la copie du dernier avis d'imposition ainsi que le dernier décompte des prestations familiales.

Sans ces documents, les services utilisés vous seront facturés au tarif maximal.

**REGIME DE LA PERSONNE A FACTURER :**

CAF de L.A Nom de l'allocataire : N° d'allocataire : QUOTIENT FAMILIAL :

Date de validité : .....

MSA Nom de l'allocataire : N° d'allocataire : QUOTIENT FAMILIAL :

Je ne suis pas allocataire

Autorisez-vous les FRANCAS 44 à accéder au site CAF.fr pour prendre connaissance de votre quotient familial.

OUI

NON

**NOM(S) PRENOM(S) et ADRESSE de la (des) personnes(s) à facturer si différent des responsables légaux :**



Conformément à la loi « informatique et libertés », les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par les Francas de Loire atlantique sur la période d'été représenté par le Chargé de développement des Francas de Loire Atlantique ([francas44@francas-pdl.asso.fr](mailto:francas44@francas-pdl.asso.fr)) pour la gestion des accueils de loisirs de Saint Jean de Boiseau. La base légale du traitement est de 2 ans.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Responsables d'accueils de loisirs, secrétariat des Francas.

Les données sont conservées pendant 10 ans comme le stipule le code du commerce.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données à tout moment.

Pour plus d'informations sur vos droits, consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr).

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter les Francas à l'adresse [francas44@francas-pdl.asso.fr](mailto:francas44@francas-pdl.asso.fr)

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectées, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Date : ...../...../ 2022

Signatures :