

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES DE L'ENFANT

Nom du médecin traitant : Tel :

L'enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) oui non

Merci de fournir au pôle éducation, une photocopie du PAI ainsi que les traitements médicamenteux en fonction des lieux d'accueil fréquentés par votre enfant - **OBLIGATOIRE**

Vaccinations : Copie du vaccin DTP à jour (obligatoire) DTP valable jusqu'au :

Je certifie sur l'honneur que les vaccins de mon enfant sont à jour.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : rubéole varicelle angine rhumatisme scarlatine
 coqueluche rougeole otite oreillons

Allergies : respiratoires médicamenteuses alimentaires autres

Lesquelles et conduite à tenir :

Recommandations utiles des parents : Précisez si votre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ou autres renseignements que vous jugez utiles de nous transmettre :

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon enfant à :

- Utiliser les moyens de transport du service lors des activités extérieures (Minibus de la commune ou bus collectif)
- Rentrer seul le soir après les temps périscolaires et extrascolaires
- Etre photographié et filmé ; utilisation de son image, sa silhouette, dans le cadre des publications de la commune : presse, communication, diaporama, réseaux sociaux, site internet de Brech.

J'autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon enfant :

Nom et prénom	Téléphone	<input checked="" type="checkbox"/> Appel en cas d'urgence	<input checked="" type="checkbox"/> Autorisé à récupérer l'enfant

Merci de fournir un mot écrit à chaque fois que la sortie de l'enfant s'effectue avec un adulte différent de ceux spécifiés ci-dessus.

J'autorise les services à :

Prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale et se conformer à toutes décisions du médecin/des pompiers concernant les soins d'urgence à donner à mon enfant. OUI NON

Accéder au service CAFPRO (pour les allocataires CAF uniquement) OUI NON

(Dans l'hypothèse où le responsable ne transmet pas de n° d'allocataire CAF/ MSA ou d'avis d'imposition justifiant des ressources familiales, le tarif le plus haut sera appliqué).

Je consens à ce que mes données soient utilisées par la mairie de Brech à des fins de gestion des inscriptions de mon enfant aux différents services du pôle éducation de la ville de Brech OUI NON

Je m'engage à :

- Respecter le règlement de fonctionnement du pôle éducation.
- A signer et respecter le règlement de fonctionnement Activ'ados 11-17 ans.
- Transmettre les doubles des PAI en fonction des lieux d'accueil de mon enfant (à voir avec le médecin).
- Respecter strictement les horaires et décharger l'organisateur de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures et des lieux où se déroulent les activités.
- Rembourser les frais médicaux éventuels avancés par la collectivité (honoraires médicaux, frais pharmaceutiques ...).
- Dégager toute responsabilité des services, en cas de perte, de vol ou de détérioration d'objets personnels appartenant à mon enfant (bijoux, jouets, Mp4, vidéos, argent, téléphone...).

Je soussigné(e) Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements mentionnés sur cette fiche de renseignements et m'engage à prévenir l'organisateur de tout changement concernant sa situation familiale (ressources, changement d'adresse, santé de l'enfant).

Les informations d'inscription recueillies par la collectivité de BRECH font l'objet d'un traitement destiné aux activités de loisirs de l'ALSH et aux services périscolaires, et nécessite votre consentement. Ces dossiers seront conservés 10 ans. Le destinataire est le pôle éducation auprès de qui vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement et de limitation. Vous pouvez également contacter le délégué à la protection des données dpd@cdg56.fr ou recourir à la CNIL par la suite.

Fait à Brech le : / /2023-2024

Signature du responsable légal
Précédée de la mention "lu et approuvé"