

ILEP
9 AVENUE JEAN MOULIN

60000 BEAUVAIS
Tel : 03.44.05.92.53 Fax : 03.44.84.33.82
mail: siege@ilep-picardie.com

Accueil de loisirs de :

| | |
|---|--|
| DOSSIER D'INSCRIPTION Année 2020 | L'enfant : Né(e) le _____ à _____ () Age : _____ |
|---|--|

| | |
|--------------------------------------|--|
| Les parents ou tuteur légal : | |
| Madame : | |
| Adresse : | |
| Téléphone _____ | Mobile : _____ |
| Profession : | |
| Société : _____ | Tel. Pro. : _____ |
| E-mail : | |
| Monsieur : | |
| Adresse : | |
| Téléphone : _____ | Mobile : _____ |
| Profession : | |
| Société : _____ | Tel. Pro. : _____ |
| E-mail : | |
| N° Allocataire : _____ | CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> |
| Régime : | |

Pièces à Fournir :

- Photocopie du livret de famille
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à défaut de numéro CAF
- Fiche sanitaire signée et complétée (avec la photocopie des vaccins)
- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de la carte de mutuelle
- Formulaire de consentement de traitement des données

Informations à l'inscription :

- Le dossier est valable pour tous les accueils de la structure
- La réservation des accueils est obligatoire en plus du dossier d'inscription
- En cas de réinscription, aucun impayé ne doit être constaté
- L'inscription entraîne l'acceptation sans conditions du règlement intérieur et des modalités administratives

Date et Signature :

FICHE SANITAIRE

Année 2020

L'enfant :

Né(e) le _____ à _____ () Age :

Vaccinations

Fournir la photocopie des dates de vaccinations sur le carnet de l'enfant.

Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

Si oui, nous fournir une ordonnance récente ainsi que les médicaments prescrits dans leurs boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | RUMATISME ARTICULAIRE AIGUE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |

Besoins d'accueil spécifique:

Asthme : OUI NON Précisez:.....

Allergie alimentaire: OUI NON Précisez:.....

Allergie Médicamenteuse : OUI NON Précisez:.....

Handicap physique ou mental : OUI NON Précisez:.....

Autre : OUI NON Précisez:.....

Reconnaissance du handicap de l'enfant par la MDPH : OUI NON

Tout besoin spécifique d'accueil nécessite obligatoirement la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé avec la structure. Merci de prendre contact avec la direction.

Indiquez ci-dessous les éventuelles difficultés de santé (accident, crises convulsives, opérations...) :

Régime alimentaire de l'enfant

L'enfant suit-il un régime alimentaire : OUI NON

Si oui lequel :

Recommandations utiles des parents (port de lunettes, lentilles, prothèses dentaires) :

Nom et tel du médecin traitant :

Date et Signature :

AUTORISATIONS

Autorisations médicales

- J'autorise l'organisateur à :
- Prendre les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant, notamment l'hospitalisation et l'anesthésie générale
 - Avancer les frais éventuels de soins et m'engage à les rembourser au plus tôt

Activités, sorties, séjours

- J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités, sorties et mini séjours organisés dans le cadre des accueils de loisirs.

Transport

- J'autorise l'organisateur à transporter mon enfant par les moyens jugés adaptés par l'organisateur pour les activités ou en cas d'accident (bus, transport en commun, voiture, minibus).

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant, départ du centre

- J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant au centre

| Nom et Prénom | Adresse | Téléphone | Lien de Parenté |
|---------------|---------|-----------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Notes importantes

- Toute autre personne devra avoir une autorisation écrite signée de la main du responsable légal.
- En cas de litige concernant la garde de l'enfant, vous devez nous fournir une photocopie de la décision de justice

- J'autorise mon enfant à repartir seul du centre de loisirs en mon absence (seulement pour les enfants de plus de 7 ans) - L'enfant repart seul si personne n'est venu le chercher -

- J'autorise mon enfant à repartir seul du centre de loisirs (seulement pour les enfants de plus de 7 ans)

- J'autorise l'accueil de loisirs à prendre en charge mon enfant à la sortie de l'école si son accueil n'a pas été réservé et j'ai connaissance de l'application d'une majoration

Droit à l'image

- J'autorise l'association ILEP à utiliser des photos/ vidéos de mon enfant, prise pendant les activités du centre de loisirs (périscolaire, mercredi et vacances) pour des activités de communication (plaquettes, site internet, affiches, etc.).

- J'autorise l'association ILEP à utiliser des photos/ vidéos de mon enfant, prise pendant les activités du centre de loisirs (périscolaire, mercredi et vacances) pour des expositions au centre de loisirs.

Je soussigné, tuteur légal de l'enfant, _____, déclare:

- exacts les renseignements portés sur le dossier d'inscription et la fiche sanitaire
- avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur de la structure
- avoir été informé(e) de la possibilité de souscrire une assurance à la personne supplémentaire (prise en charge d'accident sans responsabilité d'un tiers).

Date et Signature :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT DES DONNEES

L'association ILEP collecte et traite vos données personnelles au sein du logiciel Domino'Web. Ce logiciel permet la gestion de structures scolaires, d'accueil, de loisirs et de temps libre.

Je soussigné(e) _____

responsable légal de l'enfant :

accepte le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants

n'accepte pas le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants*

Cochez la cas qui correspond à votre choix.

**: En cas de refus, nous vous demandons de votre adresser à l'association ILEP*

Vous pouvez exercer l'ensemble de vos droits relatifs à l'utilisation des données personnelles en adressant vos demandes à l'adresse suivante: dpo@ilep-picardie.com

Date et Signature :